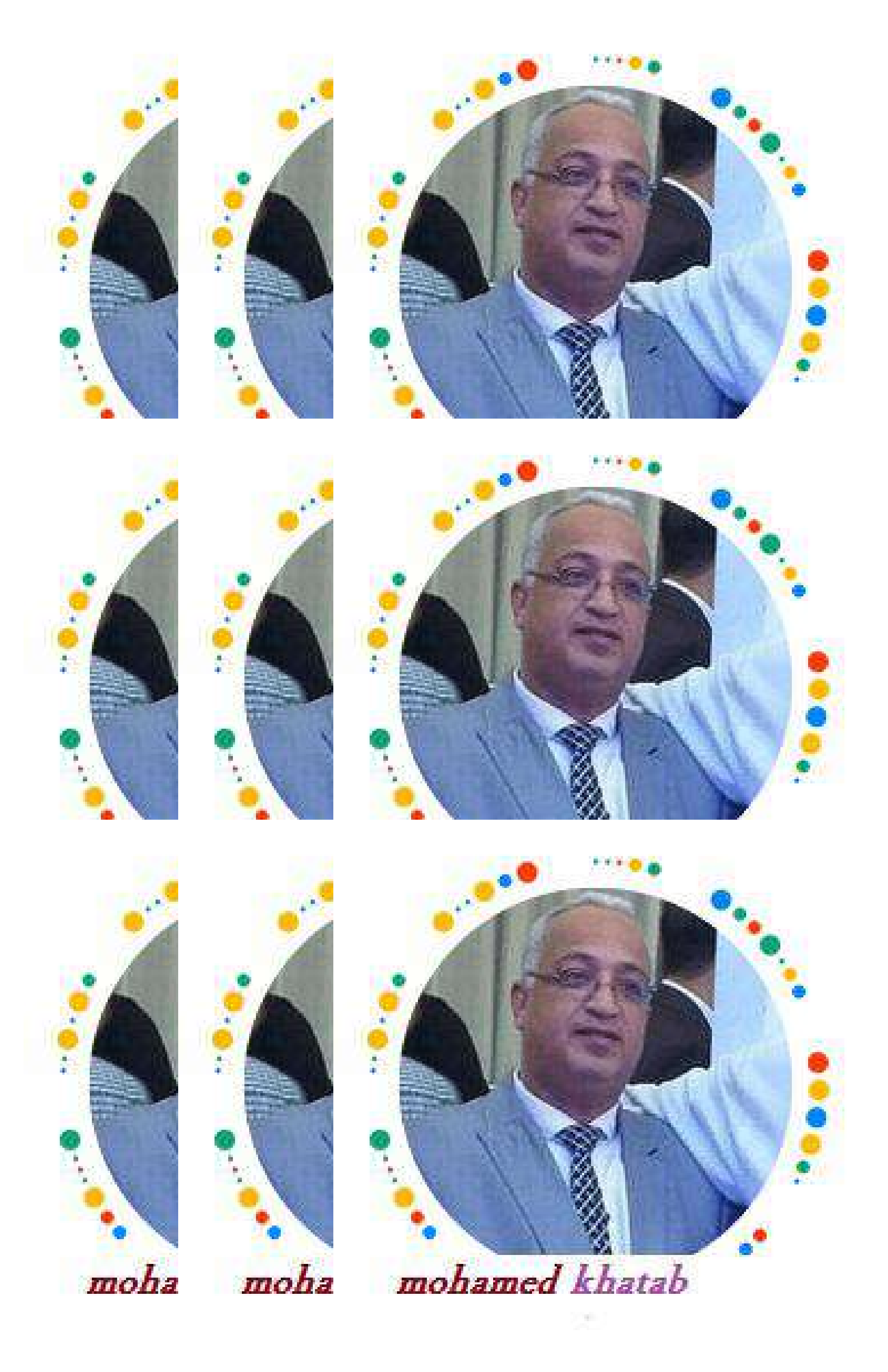
الضوابط الإرشادية للصحة العقلية والدعم «النفس – اجتماعي» في حالات الطوارئ

IASC
Inter-Agency Standing Committee
اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات




moha
moha
mohamed khatab

ISBN 9781-4243-3447-6

تم إنشاء اللجنة الدائمة المشتركة في عام ١٩٩٢؛ استجابةً لقرار الجمعية العمومية رقم ٤٦/١٨٢، الذي طالب بتعزيز تنسيق المساعدات الإنسانية. وقد أُنشئت اللجنة بمقتضى هذا القرار بوصفها الآلية الأساسية المعنية بتيسير عملية تنسيق القرارات بين الوكالات، كاستجابة لحالات الطوارئ المركبة، والكوارث الطبيعية. وقد أسهم في تشكيل هذه اللجنة طيف كبير من المنظمات الإنسانية، سواء التابعة أو غير التابعة للأمم المتحدة.

وللمزيد من المعلومات حول اللجنة، يمكن الرجوع إلى موقعها على شبكة الإنترنت، على العنوان التالي:
http://www.humanitarianinfo.org/iasc

وسيتم توفير هذه الوثيقة الخاصة باللجنة الدائمة المشتركة بالعديد من اللغات. ويمكن الحصول عليها من الموقع الخاص باللجنة على شبكة الانترنت، على العنوان التالي:
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/conte/products

صورة الغلاف: © لجنة الإنقاذ الدولية

الاستشهادات المقترحة:

اللجنة الدائمة المشتركة (٢٠٠٧). الضوابط الإرشادية للجنة الدائمة المشتركة المعنية بالصحة العقلية والدعم النفس – اجتماعي في حالات الطوارئ، جنيف: ISAC

يمكنك إرسال اقتراحاتكم وآرائكم – لإضفاء المزيد من التحسينات على هذه المطبوعة – على العنوان التالي:
ISACmhpss@who.int أو ISACmhpss@interaction.org

قام بمراجعة ترجمة وتدقيق النسخة العربية

مصطفى عثمان

مدير الاستجابة السريعة والتأهب للكوارث

الإغاثة الإسلامية عبر العالم

المملكة المتحدة

شكر وتقدير

يرغب فريق عمل «اللجنة الدائمة المشتركة المعنية بالصحة العقلية والدعم النفس – اجتماعي في حالات الطوارئ»، في الإعراب عن شكره العميق لكل من أسهم في إعداد هذه الضوابط الإرشادية. كما يخص بالشكر –تحديداً– الوكالات التالية، التي تفضلت بالاشتراك في فريق العمل، وأسهم العاملون بها في إعداد هذه الضوابط الإرشادية:

منظمة العمل من أجل مكافحة المجاعة.

العمل المشترك (الرئاسة المشتركة) من خلال:

- منظمة الصليب الأحمر الأمريكي.
- الصندوق المسيحي لرعاية الطفولة.
- اللجنة الكاثوليكية الدولية للهجرة.
- الفيلق الطبي الدولي.
- لجنة الإغاثة الدولية.
- فيلق الرحمة.
- منظمة إنقاذ الطفولة، الولايات المتحدة الأمريكية.

الشبكة المشتركة للتثقيف في مجال الطوارئ.

المجلس الدولي للهيئات التطوعية من خلال:

- منظمة العمل الدولية من أجل تقديم المعونة.
- مؤسسة «كير، النمسا».
- شبكة هيلثنت – تي بي أو.
- مؤسسة أطباء العالم: Médicos del Mundo (أسبانيا).
- منظمة أطباء بلا حدود، هولندا.
- منظمة أوكسفام، المملكة المتحدة.
- الصندوق الاستئماني لتعليم اللاجئين.
- صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة.

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب والهلال الأحمر.

المنظمة الدولية للهجرة.

مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية.

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف).

مفوض الأمم المتحدة السامي لشئون اللاجئين.

صندوق الأمم المتحدة للسكان.

برنامج الغذاء العالمي.

منظمة الصحة العالمية (الرئاسة المشتركة).

شكر وامتنان خاص نتقدم به إلى إدارة الصحة النفسية والادمان بمنظمة الصحة العالمية ، (من خلال تمويل مقدم من الحكومة الإيطالية)، والصندوق المسيحي لرعاية الطفولة، ولما بذلة العاملون بها، من وقت وجهد من أجل تيسير إنجاز هذا المشروع.

ويتقدم فريق العمل أيضاً بأسمى آيات الشكر والتقدير؛ لما أبداه المراجعون التابعون للمنظمات التالية من ملاحظات على النسخ السابقة للمصفوفات، وصحف التدابير:

المنظمات غير الحكومية: شبكة أغاخان للتنمية، مؤسسة أنتاريس؛ منظمة الصليب الأحمر النمساوي، الاحتياجات الأساسية، مؤسسة كير – الولايات المتحدة الأمريكية، صندوق الطفولة بأفغانستان، معونة كنيسة السويد، هيئة الخدمات الكنسية العالمية، المنظمة العالمية للخدمات المجتمعية والأسرية، أطفال العالم اللاجئون، مؤسسة عالمين (فونداسيون دو موندوس)، المبادرات النفسية والاجتماعية العالمية، المنظمة الدولية للمعوقين، معهد هيدنغتون، منظمة مراقبة حقوق الإنسان، مؤسسة امباكت، اللجنة الدولية للتخفيف من أثر الكروب الناجمة عن الحوادث، المجلس الدولي لتأهيل ضحايا التعذيب، الجمعية اليسوعية لخدمة اللاجئين، أطباء بلا حدود – سويسرا، أطباء بلا حدود – أسبانيا، مجلس اللاجئين النرويجيين، جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، مؤسسة القائمون على تقديم العون، برنامج الرعاية النفسية والاجتماعية في تشيباس، مؤسسة بوليه أندونيسيا، الرابطة الدولية للاجئين، مركز سانغاث في غوا، معهد جنوب أفريقيا لمعالجة ضحايا الكروب الناجمة عن الصدمات النفسية، مؤسسة ستبس الاستشارية، منظمة تنجانيقا المسيحية لخدمة اللاجئين، منظمة أرض الإنسان، منظمة الأطفال والحرب، جمعية الهلال الأحمر التركي، منظمة الأطفال في الحرب، هولندا.

الجامعات: جامعة بيرزيت في الضفة الغربية، جامعة بوسطن، جامعة كولومبيا، جامعة هارفارد، جامعة جونز هوبكنز، معهد كارولينا، جامعة ولاية كنت، كلية كنغرة، كلية الصحة والطب المداري بلندن، جامعة نورثمبوريا، جامعة بومانا، جامعة ولاية سان خوزية، جامعة ولاية نيويورك، جامعة العلوم الصحية للقوات النظامية، جامعة كولومبو، جامعة جنيف، جامعة جافنا، جامعة لوند، جامعة مريلاند، جامعة ملبورن، جامعة نيو ساوث ويلز، جامعة اكسفورد، جامعة بنسلفانيا، جامعة ساوث داكونا، جامعة وسترن سيدني، جامعة الفلبين، جامعة فيكتوريا، جامعة فيرجي بأمستردام، جامعة واغنيتغين.

أطراف أخرى (مثل الروابط المهنية، والوكالات الحكومية، والاتحادات المالية، والشبكات): الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين، الرابطة الأمريكية لعلم النفس، الشبكة الأسيوية للتقليل من الضرر، خدمات الصحة النفسية بالقوات الكندية، خدمات طوارئ الطب النفسي – سامو دي باريس، مركز مستشفى سان آن، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، اتحادات الوكالات الإنسانية في سري لانكا، الفريق الاستشاري المعني بالرعاية والنماء في مرحلة الطفولة المبكرة، إدارة الخدمات الإنسانية، ملبورن، الاتحاد الأوربي لرابطة علماء النفس، منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو)، المركز الهيليني للصحة النفسية، مجموعة الشفاء المبكر التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، المجموعة الصحية التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، مجموعة تنسيق وإدارة المجتمعات التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، الشبكة الأيبرية – الأمريكية للتربية والعلوم والتكنولوجيا المعنية بالأخلاقيات البيئية والبيولوجية، التحالف الدولي للصحة النفسية للأطفال والمراهقين، ومدارسهم، الرابطة الدولية لأطباء نفس الأطفال والمراهقين، والمهن المساعدة، الجمعية الدولية لدراسات الكروب الناجمة عن الصدمات النفسية، إنترفنشن (Intervention): المجلة الدولية للصحة النفسية وتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية والنشرة النفسية في مناطق الصراع المسلح، وحدة مانغروف لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي وتنسيقه، وزارة الصحة الإيرانية، وزارة الصحة السريلانكية، رابطة علماء النفس من أجل الشعور بالمسؤولية الاجتماعية، الفريق العامل المعني بالخدمات النفسية والاجتماعية، المبادرة الإقليمية للدعم النفسي والاجتماعي للأطفال المتضررين من الإيدز، والفقر، والصراعات، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو)، وكالة التنمية الدولية التابعة للأمم المتحدة، الرابطة العالمية للتأهيل النفسي والاجتماعي، الاتحاد العالمي للصحة النفسية، الاتحاد العالمي لأخصائيي العلاج المهني، الرابطة العالمية للطب النفسي.

كما تتقدم مجموعة العمل بالشكر لكل من: لجنة الإنقاذ الدولية؛ لتنظيم، وتصميم، وطباعة هذه الوثيقة، ولمنظمة الأمم المتحدة للطفولة والمفوضية العليا لشؤون اللاجئين؛ لتمويل عملية الطباعة.

التصدير

تستهدف اللجنة الدائمة المشتركة من إصدار هذه الضوابط الإرشادية، تمكين الأطراف الإنسانية الفاعلة من: تخطيط، وإنشاء، وتنسيق مجموعة من الحدود الدنيا من الاستجابات متعددة القطاعات، لحماية، وتحسين الصحة العقلية للمواطنين، وتقديم الدعم النفس – اجتماعي لهم، في أثناء حالات الطوارئ.

فالمتضررون من حالات الطوارئ، غالباً ما يتعرضون لطيف هائل من المعاناة، مما يدعو الأطراف الإنسانية الفاعلة للعمل على مضاعفة جهودها من أجل حماية، وتحسين الصحة العقلية، والمعافاة النفس – اجتماعية للسكان، في خضم هذه الحالات الطارئة، وفي أعقابها.

مع هذا فإنه لا يمكننا أن نغض الطرف عن الفجوة الكبيرة الناجمة عن غياب إطار عمل متعدد القطاعات ومشترك بين الوكالات لتيسير عملية التنسيق الفعال فيما بينهم، وتحديد الممارسات المفيدة، وتقليص الممارسات الضارة، وتوضيح كيف تكمل التوجهات المختلفة المعنية بالصحة العقلية والمعافاة النفس اجتماعية، بعضها البعض.

كما يقدم هذا الدليل الإرشادي النصائح، والتوجيهات الأساسية اللازمة؛ لتيسير تبني نهج متكامل للتعامل مع قضايا الصحة العقلية، والمشكلات «النفس – اجتماعية» الملحة إبان حالات الطوارئ.

ومن ثم فإنني أهيب بكل الأطراف المعنية بالمساعدات الإنسانية – العمل على تطبيق هذه الضوابط الإرشادية.

كاسيديس روتشاناكورن
رئيس مجموعة عمل اللجنة الدائمة المشتركة
منسق الإغاثة في حالات الطوارئ

جدول المحتويات

الفصل الأول

المقدمة

الخلفية

غني عن البيان أن الصراعات المسلحة، والكوارث الطبيعية تسفر عن كم هائل من المعاناة الاجتماعية، والنفسية للسكان المتضررين. والحق أن الآثار الاجتماعية، والنفسية للطوارئ قد تكون وخيمة على المدى القصير، إلا أنها أيضاً قد تعصف بالصحة العقلية، والمعافاة النفس – اجتماعية للمتضررين، على المدى البعيد. ولا مراء في أن هذه التأثيرات قد تمثل تهديداً خطيراً للسلام، والتنمية، وحقوق الإنسان. ومن ثم فإن حماية وتحسين الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» للسكان، تمثل إحدى الأولويات في حالات الطوارئ. ولن يتأتى تحقيق هذه الأولوية ما لم يتم التنسيق بين كل الأطراف الإنسانية الفاعلة سواء: الحكومية أو غير الحكومية.

وهناك فجوة كبيرة نشأت نتيجة غياب إطار متعدد القطاعات للتعاون بين الوكالات؛ يعمل على تيسير التنسيق الفعال، ويحدد الممارسات المجدية والضارة، ويوضح كيف يمكن للتوجهات المختلفة الخاصة بدعم الصحة العقلية والمعافاة النفس – اجتماعية، أن تكمل بعضها البعض. ومن ثم يهدف هذا الدليل الإرشادي إلى رأب هذه الفجوة.

ومما لا شك فيه أن هذه الضوابط الإرشادية تعكس الفهم العميق للممارسين من مختلف الأقاليم الجغرافية، والنظم، والقطاعات. كما أن هذه الضوابط تعكس ظهور نوع من الإجماع – بين صفوف الممارسين – على الممارسات الجيدة. وتتمثل الفكرة المحورية الكامنة وراء هذا الإجماع في ضرورة توفير الدعم الاجتماعي لحماية، ودعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» للسكان، في المراحل الباكرة لحالات الطوارئ. كما أن هذا الدليل الإرشادي يوصي بتدخلات نفسية، وطب – نفسية مختارة للتصدي لمشكلات محددة.

سيتم استخدام هذا المصطلح المركب «الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»» بين ثنايا هذه الوثيقة، لوصف أي نوع من الدعم – سواء المتأتي من مصادر محلية أو خارجية– لحماية وتعزيز المعافاة «النفس – اجتماعية»، والوقاية من الاضطرابات العقلية، ومعالجتها. وبالرغم مما تنطوي عليه مصطلحات «الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»» من تداخل وترابط، إلا أنهما يعنيان – للعديد من عمال الإغاثة – منهجية مختلفة تماماً، وإن كانت متكاملة.

فوكالات المعونة خارج نطاق القطاع الصحي تميل إلى التحدث عن دعم المعافاة «النفس – اجتماعية». أما وكالات القطاع الصحي فتميل إلى التحدث عن الصحة العقلية، وإن كانت فيما مضى تستخدم مصطلحات التأهيل «النفس – اجتماعي»، والعلاج «النفس – اجتماعي»؛ لوصف التدخلات غير البيولوجية، لمن يعانون من الاضطرابات النفسية.

والحق أن التعريفات المحددة لهذه المصطلحات تختلف داخل وفيما بين منظمات المعونة، والقطاعات، والبلدان. ونظراً لأن الوثيقة الحالية تغطي الضوابط الإرشادية المشتركة بين الوكالات والقطاعات، فإن هذا المصطلح المركب «الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»» يشمل أكبر قدر ممكن من الأطراف الفاعلة، ويوضح الحاجة إلى إنشاء مناهج تكميلية متنوعة لتقديم الدعم المناسب.

والحق أن الأدلة العلمية الراهنة حول نهج الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»، التي أثبتت جدواها في حالات الطوارئ؛ ما زالت محدودة للغاية. ذلك لأن معظم البحوث التي أجريت في هذا المجال، تتم عقب مرور شهور أو سنوات على انتهاء المرحلة الحادة للطوارئ، ولكننا نتوقع – مع نمو هذا المجال الناشئ – أن تنمو القاعدة البحثية، بالتزامن مع نمو قاعدة الخبرات الميدانية للممارسين. ومن ثم فلابد من تحديث هذه الوثيقة، بصورة دورية، لاستيعاب الرؤى الجديدة الناشئة.

تأثير الطوارئ على الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»

المشكلات

تتمخض حالات الطوارئ عن طيف هائل من المشكلات، سواء على مستوى الفرد، أو الأسرة، أو المجتمع، أو المستويات الاجتماعية. ذلك أن حالات الطوارئ تقوض فرص دعم الحماية الطبيعية، وتعمل على زيادة المخاطر الناجمة عن المشكلات المختلفة، وتعميق هوة المشكلات الراهنة المرتبطة بالجور، والظلم الاجتماعي. فعلى سبيل المثال، نجد أن الكوارث الطبيعية مثل الفيضانات تكون لها آثار بعيدة المدى على الفقراء، الذين قد يعيشون بالفعل في أماكن خطيرة نسبياً.

وعلى الرغم من الترابط بين مشكلات الصحة العقلية والمشكلات «النفس – اجتماعية» في حالات الطوارئ، إلا أنها في الغالب قد تكون مشكلات اجتماعية أو نفسية بطبيعتها. و فيما يلي أهم المشكلات التي تعد اجتماعية بطبيعتها:

- المشكلات الاجتماعية القائمة بالفعل (قبل وقوع حالات الطوارئ) (مثل: الفقر المدقع، والانتماء إلى مجموعات مهمشة أو مضطهدة، والقمع السياسي).
- المشكلات الاجتماعية المستحدثة بسبب الطوارئ (مثل: التفكك الأسري، واضطراب الشبكات الاجتماعية، وانهيار الهياكل المجتمعية، وتقويض الموارد والثقة، وزيادة العنف المرتكز على النوع الاجتماعي).
- المشكلات الاجتماعية المستحدثة والمرتبطة بالمساعدات الإنسانية (مثل: تقويض الهياكل المجتمعية، أو آليات الدعم التقليدية).

أما المشكلات التي تعد سيكولوجية بطبيعتها فتتضمن:

- المشكلات القائمة بالفعل (مثل: الاضطرابات النفسية الحادة، وتعاطي المسكرات).
- المشكلات المستحدثة بسبب الطوارئ (مثل: الشعور بالآسى، الكرب غير المرضي، والإحباط، والقلق، والاضطرابات بما فيها الضغوط التالية للصدمة).
- المشكلات المتعلقة بالمساعدات الإنسانية (مثل: القلق الناجم عن قصور المعلومات حول توزيع الغذاء).

ومن هنا نخلص إلى أن المشكلات «النفس – اجتماعية» المتعلقة بالصحة العقلية في حالات الطوارئ لا تقتصر على الضغوط التالية للصدمة.

الأشخاص الأكثر عرضة للمشكلات

في أثناء الطوارئ، ليس بالضروري أن يعاني كل فرد من مشكلات نفسية ضخمة. فكثير من الناس يبدون مقاومة كبيرة، أو يتمتعون بقابلية جيدة نسبياً للتكيف مع المواقف الصعبة. فهناك العديد من التفاعلات الاجتماعية، والنفسية، والبيولوجية تؤثر على مدى قابلية الأشخاص للإصابة بمشكلات نفسية، أو قدرتهم على إظهار مقاومة، في مواجهة الشدة.

وبناءً على سياق حالة الطوارئ نفسها، هناك – دائماً – مجموعات محددة من الأفراد تكون أكثر عرضة للمشكلات الاجتماعية والنفسية. وبالرغم من ضرورة توفير أشكال عدة من الدعم للمتضررين من الطوارئ بوجه عام؛ فإن البرامج الجيدة تتضمن – تحديداً – توفير الدعم المناسب للأشخاص الأكثر عرضة، الذين ينبغي تحديدهم بدقة في كل أزمة. (يمكن الرجوع إلى الفصل الثالث، صحيفة التدابير ٢.١).

والحق أن جميع فئات السكان قد يكون عرضة للمخاطر وفقاً لطبيعة الأزمة. وفيما يلي مجموعات السكان الأكثر تعرضاً للمشكلات في مختلف أنواع الطوارئ:

- النساء (مثل: الحوامل، والأمهات، والأرامل، والأمهات المعيلة، وفي بعض المجتمعات: النساء غير المتزوجات، والمراهقات).
- الرجال (مثل: قدامى المحاربين، والرجال الذين فقدوا سبل العيش، مما يحول دون رعايتهم لأسرهم، والشباب المعرضين للاحتجاز، والاغتصاب، أو الاستهداف بالعنف).
- الأطفال (اعتباراً من سن الرضاعة حتى سن الثامنة عشرة) مثل: الأطفال بدون عائل (بمن فيهم الأيتام)، والأطفال الذين تستعين بهم القوات المسلحة أو المجموعات

المسلحة، والأطفال المُتاجر بهم، الأطفال الذين يعملون ويعيشون في الشوارع، أو ناقصي التغذية، أوقليلي الانتباه والنشاط.

- المسنون (لاسيما الذين فقدوا مقدمي الرعاية لهم من أفراد الأسرة).
- الفقراء المعدمون.
- اللاجئون، والمشردون داخلياً، والمهاجرون في الأوضاع غير الطبيعية (لاسيما النساء المتاجر بهن والأطفال بدون أوراق هوية).
- الأفراد الذين سبق لهم التعرض لصدمات أو أحداث ضاغطة (مثل الأفراد الذين فقدوا أحد الأعزاء، أو سبل العيش، أو تعرضوا للاغتصاب، أو نجوا من التعذيب، أو شهدوا أحداثاً بشعة).
- أفراد المجتمع ممن يعانون بالفعل من اضطرابات حادة: جسدية، أو ذهنية، أو عصبية.
- المتواجدون في مؤسسات الرعاية (الأيتام، والمسنون، ومن يعانون من اضطرابات نفسية أو عصبية).
- الأفراد الذين يعانون من وصمة عار اجتماعية شديدة (مثل من يصعب ملامستهم، والبغايا، ومن يعانون من اضطرابات عقلية وخيمة، والناجين من حوادث العنف).
- المعرضون لانتهاك حقوق الإنسان (مثل: النشطاء السياسيين، والأقليات العرقية أو اللغوية، وقاطني المؤسسات، والمحتجزين، ومن تعرضوا بالفعل لانتهاك حقوق الإنسان).

ومن الأهمية بمكان إدراك ما يلي:

- هناك تباين كبير في حجم المخاطر، والمشكلات، والموارد، داخل كل مجموعة، وفيما بين المجموعات السالفة الذكر.
- قد يكون تأثر بعض أفراد المجموعات الأكثر عرضة للخطر طفيفاً للغاية.
- قد يكون بعض المجموعات (مثل المحاربين) أكثر عرضة لمخاطر إضافية (مثل معاقرة المخدرات)، وأقل عرضة لمخاطر أخرى (مثل المجاعة).
- قد تكون بعض المجموعات عرضة للمخاطر في حالة طوارئ معينة، بينما تتمتع بميزة نسبية في حالة طوارئ أخرى.
- عندما تتعرض مجموعة ما للخطر، فإن بقية المجموعات تتعرض للخطر أيضاً (مشروع اسفير ٢٠٠٤).

والشاهد أن الادعاء بتعرض بعض الأفراد «للخطر» لا يعني أنهم ضحايا لا حول لهم ولا قوة، فبالرغم من حاجتهم إلى الدعم، إلا أنهم غالباً ما يتمتعون بقدرات، وإمكانات، وشبكات اجتماعية تمكنهم من مساعدة أسرهم، والاضطلاع بدور فاعل في الحياة السياسية، والدينية، والاجتماعية.

الموارد

غالباً ما يكون لدى المجموعات المتضررة إمكانات وموارد تسمح بتدعيم صحتهم العقلية ومعافاتهم «النفس – اجتماعية». وتتفاوت درجة وطبيعة الموارد المتاحة، والتي يمكن الوصول إليها، بحسب العمر، والنوع الاجتماعي، والسياق الاجتماعي والثقافي، والبيئة نفسها التي تعرضت للطوارئ. ومن الأخطاء الجسيمة التي تُرتكب في التعامل مع الصحة العقلية والمعافة «النفس – اجتماعية»؛ تجاهل هذه الموارد، والتركيز – فقط – على أوجه القصور، والضعف، والمعاناة، والأمراض التي تصيب المجموعات المتضررة.

فهذه المجموعات المتضررة تتمتع بالعديد من الموارد منها: مهارات القدرة على حل المشكلات، والتواصل، والتفاوض، وكسب العيش. فمن الأمثلة على الموارد الاجتماعية الداعمة المحتملة: الأسرة، والموظفون الحكوميون، والقادة المجتمعيون، ونوادي الشباب، ومجموعات التخطيط المجتمعي، وغيرهم.

كما أن المجموعات المتضررة قد يكون لديها أيضاً موارد مالية مثل المدخرات، والأراضي، والمحاصيل، والحيوانات، أو موارد تعليمية مثل المدارس والمعلمين؛ أو موارد صحية مثل العاملين الصحيين والوظائف الصحية؛ وكذا موارد دينية وروحانية يعتد بها مثل الزعماء الدينيين، والمعالجين المحليين، وكذا ممارسة الصلاة والعبادة، وغيرها من الممارسات الثقافية، مثل شعائر الدفن.

وبطبيعة الحال فإن التخطيط للاستجابة المناسبة في حالات الطوارئ يتطلب تعرف طبيعة الموارد المحلية سواء كانت نافعة أو ضارة، ومدى وصول المجموعات المتضررة لهذه الموارد، مع ملاحظة أن بعض التقاليد الثقافية قد تكون ضارة، وقد تمثل انتهاكاً لمبادئ حقوق الإنسان. (صحيفة التدابير ٣.٥، ٣.٦، و٤.٦).

الضوابط الإرشادية

الغرض من هذه الضوابط الإرشادية

الغرض الرئيس من هذه الضوابط الإرشادية هو تمكين الأطراف والمجتمعات المعنية بالشؤون الإنسانية من تخطيط، ووضع، وتنسيق مجموعة من الحدود الدنيا للاستجابات المتعددة القطاعات؛ بهدف حماية، وتحسين الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»، للأفراد، في ظل حالات الطوارئ.

وتركز هذه الضوابط الإرشادية على تطبيق حد أدنى من الاستجابات الأساسية، ذات الأولوية الكبرى، التي ينبغي تطبيقها بأسرع ما يمكن في أي حالة طوارئ. ويُعد الحد الأدنى من الاستجابات أولى الإجراءات التي يتعين اتخاذها، والأساس الذي ترتكز إليه الجهود الأكثر شمولاً التي قد نحتاج إليها على مدار حالة الطوارئ. (بما في ذلك مرحلة الاستقرار، ومرحلة إعادة البناء المبكر).

ولكي يكتمل تركيز الضوابط الإرشادية على الحد الأدنى من الاستجابة، فإن هذه الضوابط تتضمن أيضاً استراتيجيات راسخة لعناصر دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» التي ينبغي النظر إليها بعين الاعتبار بصفة رئيسة قبل وبعد مرحلة الطوارئ الحرجة. وترسم هذه الخطوات المتعلقة بـ (التأهب للطوارئ) «القَبْلِية»، و(الاستجابة الشاملة) «البَعْدِية» – السياق اللازم للحد الأدنى من الاستجابة، وتبرز أن ذلك الحد الأدنى من الاستجابة هو مجرد نقطة البداية، لمساعدات أكثر شمولاً. (انظر الفصل الثاني).

وبرغم أنه تم إعداد هذه الضوابط الإرشادية للدول محدودة، ومتوسطة الدخل (والتي تميل الوكالات الأعضاء في اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات "IASC" للعمل فيها)، فإن الإطار العام، وكثير من أجزاء تلك الضوابط، ينطبق في الوقت نفسه على حالات الطوارئ الواسعة النطاق، في البلدان مرتفعة الدخل.

الجمهور المستهدف

تم تصميم هذه الضوابط الإرشادية للاستخدام من قبل الأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية بما في ذلك المنظمات المجتمعية، والهيئات الحكومية، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية، والجهات المانحة العاملة في حالات الطوارئ، على المستويات المحلية، الوطنية، والدولية كافةً.

ولا يقتصر توجه هذه الضوابط على وكالات أو مشاريع فردية؛ **إذ يستلزم تطبيقها تعاوناً موسعاً بين مختلف الأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية. وليس من المنتظر أن تتوافر**

لدى مجتمع أو مؤسسة بمفردها جميع الإمكانات اللازمة لتطبيق جميع التدخلات الخاصة بالحد الأدنى من الاستجابات في ظل حالة الطوارئ. ويتعين أن تكون الضوابط الإرشادية متاحة لكافة الأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية من أجل العمل على تنسيق جهودها الأساسية المشتركة. وتبرز أهمية خاصة للمشاركة الفعالة لمختلف المجتمعات والسلطات المحلية على كافة الأصعدة، والذين تعتبر مشاركتهم شرطا ضرورياً لتحقيق النجاح، تنسيق الجهود، تعزيز القدرات المحلية واستمراريتها. وينبغي أن تتم ترجمة تلك الضوابط إلى اللغة (اللغات) المحلية المناسبة لكي تتحقق الاستفادة القصوى من مشاركة الأطراف المحلية.

. ولا تقتصر العناصر المستهدفة من هذه الضوابط على العاملين في مجال الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» فحسب، وإنما تتناول العديد من صحف التدابير والإجراءات، وأوجه الدعم الاجتماعي وثيق الصلة بالمجالات الرئيسة للأنشطة الإنسانية، كتلك المتعلقة بإدارة الكوارث، وحقوق الإنسان، وتوفير الحماية، والصحة العامة، والتعليم، والمياه، والإصحاح، والأمن الغذائي، والتغذية، وتوفير المأوى، وإدارة المخيمات، وتنمية المجتمع، والاتصال الجماهيري.

ولابد لأخصائيي الصحة النفسية – برغم أنه قلما يتطرق عملهم إلى تلك المجالات – أن يحرصوا على الاستفادة من هذه الوثيقة؛ حتى تتضافر جهودهم، مع مختلف المجتمعات، ومع قرنائهم في شتى التخصصات الأخرى، من أجل ضمان اتخاذ التدابير المناسبة للتعامل مع عوامل الخطر الاجتماعية، التي تؤثر على الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»؛ بيد أنه لا يجوز تطبيق الأنماط السريرية والتخصصية لجهود الدعم أو العلاج النفسي المشار إليها في الضوابط الإرشادية، إلا تحت إشراف أخصائيي الصحة النفسية.

نبذة عامة عن الضوابط الإرشادية

يتوافق هيكل هذه الضوابط الإرشادية الصادرة عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات مع الإصدارين السابقين للجنة، وهما: الضوابط الإرشادية حول التدخلات المتعلقة بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه في حالات الطوارئ (اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات ٢٠٠٣)، وكذلك ضوابط التدخل في العنف المبني على الجنس في الأوضاع الإنسانية (اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات ٢٠٠٥). وتتضمن هذه الوثائق الثلاث مصفوفة توضيحية تتناول بالتفصيل التدابير الواجب اتخاذها من قبل الأطراف المعنية كافةً، في كل مراحل الطوارئ، هذا فضلاً عن عدد من صحف التدابير، والإجراءات التي تشرح كيفية تطبيق الحد الأدنى من الاستجابات المبينة في العمود الأوسط (الحد الأدنى من الاستجابة)، من المصفوفة. وتحتوي الضوابط الإرشادية الحالية على ٢٥ صحيفة تدابير وإجراءات. (انظر الفصل الثالث).

وتستعرض المصفوفة (الواردة في الفصل الثاني) نبذة عامة عن أهم التدخلات، وعناصر الدعم المطلوبة؛ لوقاية، وتحسين الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية». وفيما يلي البنود المدونة في الأعمدة الثلاثة من المصفوفة:

- خطوات الاستعداد للطوارئ المطلوب اتخاذها قبل وقوع الكارثة.
- الحد الأدنى من الاستجابة الواجب تطبيقها في أثناء المرحلة الحرجة من الطوارئ.
- الاستجابة الشاملة اللازم تطبيقها فور تطبيق الحد الأدنى من الاستجابات، وعادةً ما تتم الاستجابة الشاملة في أثناء مرحلتي الاستقرار، وإعادة البناء المبكر، في حالات الطوارئ.

وتؤكد «صحف التدابير» أهمية تنسيق العمل بين مختلف القطاعات. ومن ثم تحتوي كل صحيفة تدابير على روابط (على شبكة الإنترنت)، مشار إليها باللون الأزرق للإطلاع على صحف التدابير في المجالات، والقطاعات الأخرى.

وتتكون كل صحيفة تدابير من العناصر التالية: الأساس المنطقي والخلفية، ووصف أهم التدابير، وعينة منتقاة من مؤشرات العمليات، وأمثلة للممارسات السليمة في حالات الطوارئ السابقة، وقائمة بالمراجع اللازمة للحصول على المزيد من المعلومات. وجميع المصادر المذكورة – تقريباً – متاحة على شبكة الإنترنت، فضلا عن عرضها على الأسطوانة المدمجة، المصاحبة للضوابط الإرشادية.

كيفية استخدام هذه الوثيقة

قد لا يتسنى الاطلاع على كل ما تتضمنه هذه الوثيقة في أثناء حالات الطوارئ. وبالتالي ينبغي على قارئ الوثيقة انتقاء ما يعنيه بالدرجة الأولى، في ضوء مسئولياته، وصلاحياته. ونوصي بأن يتم البدء بالمصفوفة مع التركيز على العمود الأوسط الخاص بالحد الأدنى من الاستجابة؛ حيث يقف القارئ على أهم العناصر التي تعنيه لينتقل بعد ذلك مباشرة إلى صحيفة التدابير المقابلة لها. وينبغي أن نتذكر دائماً أنه لا يُتوقع، بطبيعة الحال، من أية وكالة أن تطبق كل البنود الواردة في الضوابط الإرشادية.

وتستهدف الضوابط الإرشادية تعزيز استجابة الأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية في حالات الطوارئ، اعتباراً من مرحلة الإعداد والتجهيز قبل الطوارئ، ومروراً بالخطوات الواردة في مرحلة تخطيط برنامج الاستجابة كافةً، وصولاً إلى تنفيذ هذه الاستجابات ثم تقييمها. وتمثل هذه الضوابط الإرشادية أداة فعالة لتعزيز التنسيق، والمناصرة.

التنسيق

يحتل تنسيق جهود المعونة في حالات الطوارئ سلم الأولويات من حيث الأهمية باعتباره أصعب المهام المطلوبة. وتتضمن هذه الوثيقة إرشادات تفصيلية حول عملية التنسيق (انظر صفحة التدابير ١.١)، فضلا عن أنها تمثل أداة تنسيق مفيدة من ناحيتين، أولاً: تدعو الوثيقة إلى تشكيل مجموعة تنسيق واحدة ، وشاملة تعني بدعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس– اجتماعية» معاً عند البدء في استنهاض الاستجابة للطوارئ. ويتمثل الأساس المنطقي لهذا المنحى في أن عناصر دعم الصحة العقلية، وعناصر دعم المعافاة «النفس – اجتماعية» (سواء داخل أو خارج قطاع الصحة) يتكاملان، ويعزز بعضهما البعض، (برغم أن الأطراف المعنية في مجالي الصحة والوقاية اعتادت فيما مضى على أن تفصل بين كلا النوعين من المساعدات). ونظرا لهذه الأهمية المتداخلة، والمشتركة، فلابد من أن يتم العمل على تنسيق كلا النوعين من المساعدات. وسواء لم يتم تشكيل مجموعة تنسيق أو تم تشكيل مجموعتي تنسيق منفصلتين، واحدة للصحة العقلية وأخرى للسلامة «النفس – اجتماعية»، فإنه من الممكن الاستفادة من هذه الضوابط الإرشادية، للدعوة إلى تشكيل مجموعة فوقية للتنسيق بين استجابات الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية».

ثانيا: هذه الضوابط (لا سيما المصفوفة الواردة بها) توفر نقاطاً مرجعية يمكن استخدامها في قياس مدى تطبيق الحد الأدنى من الاستجابات في مجتمع ما. فعدم تطبيق بعض البنود المذكورة في المصفوفة يشير إلى فجوات ينبغي العمل على رأبها. ومن ثم فإن هذه المصفوفة تمثل دليلاً مفيداً يمكن لمجموعة التنسيق الاستهداء به.

المناصرة من أجل دعم أفضل

يمكن الاستفادة من تلك الضوابط؛ باعتبارها أداة مناصرة فعالة؛ في إبراز الحاجة إلى أنماط معينة من الاستجابة، حيث تحظى بتأييد العديد من الوكالات، والأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية؛ لأنها تعكس توافقا فيما بين تلك الوكالات، وتستعرض خلاصة فكر، وتجارب العديد من المشاركين في الجهود الإنسانية على مستوى العالم.

ولهذا السبب تمثل الضوابط الإرشادية أداة مناصرة فعالة ذات أثر جيد في معالجة الثغرات القائمة، فضلا عن تعزيز أنماط معينة من الاستجابة (مثل الحد الأدنى من الاستجابات ذات الأولوية)، حتى وقت نشوء حالة الطوارئ ذاتها. ولنضرب مثالاً لذلك بحالة يتم فيها وضع برامج قطاعية غير تشاركية؛ حيث من الممكن استخدام الضوابط الإرشادية في إقناع مختلف الأطراف المعنية بأن إتباع منهج تشاركي قد يكون أكثر إفادة. وعلى المنوال نفسه إذا وُجد أطفال حديثو السن معرضون لخطر عدم الحصول على مساعدات، فمن الممكن اللجوء إلى صحيفة التدابير ٥.٤؛ للدعوة إلى توفير مساعدات تنموية مبكرة مناسبة للأطفال.

ويمثل العمل الجماعي من أجل توفير عناصر دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» عنصرا مهما في عملية المناصرة. وقد يساعد الحوار مع الشركاء سواء: منظمات غير حكومية، أو حكومات أو موظفي الأمم المتحدة، في توجيههم عند الحاجة نحو أنماط الممارسات المبينة في هذه الوثيقة. وبالإضافة إلى ذلك فقد يتم استخدام الضوابط الإرشادية في عملية المناصرة بأساليب أخرى. فعلى سبيل المثال ييسر وجود عمود الاستجابات الشاملة، في مصفوفة المناصرة، التخطيط طويل المدى (مثال: تقديم خدمات صحة نفسية، في إطار النظام الصحي للبلد المعني).

ويجدر التنبيه إلى أنه لا ينبغي **استخدام الضوابط الإرشادية ككتاب للوصفات الجاهزة**، فما تطرحه المصفوفة هو تدابير ينبغي النظر إليها باعتبارها تمثل الحد الأدنى من الاستجابة في العديد من حالات الطوارئ، ولا يغني ذلك عن إجراء تحليلات تناسب كل بيئة على حدة، ولا عن تحديد أهم الاحتياجات بدقة، أو عن تحديد التدابير ذات الأولوية، وقيادة استجابة ملائمة اجتماعيا وثقافيا.

ولا تتضمن الضوابط الإرشادية تفاصيل تنفيذية، وإنما تحتوي على قائمة بأهم التدابير، مصحوبة بشرح موجز، وإشارات إلى المزيد من المصادر، والمراجع، المتعلقة بعملية التنفيذ.

المبادئ الرئيسة

١. حقوق الإنسان والمساواة

ينبغي على ممثلي الأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية أن يحرصوا على رعاية حقوق الإنسان الخاصة بالمنكوبين كافةً، وعلى حماية الأفراد والجماعات المعرضة لمخاطر كبرى تنطوي على انتهاكات لحقوق الإنسان. وكذلك يتعين على هذه الأطراف العمل على ترسيخ مبادئ المساواة، وعدم التمييز. ويعني هذا ضرورة أن يتمثل هدفهم في تعظيم العدالة ، في مدى توافر عناصر دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»، وإمكان حصول الفئات المنكوبة من الجنسين، ومن مختلف الأعمار، على تلك المساعدات، على أساس الاحتياجات الفعلية المحددة، بغض النظر عن اللغة، أو العرق، أو الموطن.

٢. المشاركة

يجب أن يحقق العمل الإنساني أقصى درجة من مشاركة المواطنين المنكوبين في الاستجابة الإنسانية. فكثيراً ما تتأتى أهم عناصر دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» من داخل المجتمعات المنكوبة نفسها، وليس من خارجها عن طريق الوكالات العاملة في هذا المجال. وتضم المجتمعات المنكوبة أعداداً من المشردين، والمستضعفين، مما يعني وجود العديد من الجماعات المتباينة والمتنافسة. وينبغي أن تمكن المشاركة مختلف فئات المواطنين المحليين من استبقاء – أو استعادة – الأخذ بزمام الأمور، واتخاذ القرارات التي تؤثر على حياتهم، ومن تكوين إحساس بالتملك والانتماء، إذ يسهم مثل هذا الإحساس في تحقيق أفضل الآثار المنشودة من البرنامج المطبق، والمحافظة على مردوده، وجودته، وعدالته، لفترات طويلة. كما يجب – منذ المراحل الأولى لحالة الطوارئ – استنهاض أكبر قدر ممكن من مشاركة المواطنين المحليين، في تقييم الاحتياجات الأولية، وتصميم برامج المساعدة، وتطبيقها، ومتابعتها، ثم تقييم نتائجها.

٣. لا ضرر ولا ضرار

تمثل المساعدة الإنسانية وسيلة مهمة لمد يد العون إلى ضحايا حالات الطوارئ، ولكنها قد تؤدي في الوقت نفسه، ودون قصد، إلى إحداث ضرر غير متعمد (أندرسون، ١٩٩٩). فهناك إمكان لأن تترتب أضرار على العمل في مجال دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»، نظراً للحساسية المفرطة، التي تتسم بها القضايا التي يتناولها. وبالإضافة إلى ذلك فإن العمل في هذا المجال يفتقر إلى الأدلة العلمية المتاحة في بعض المجالات الأخرى. ويمكن للأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية أن تقلل من مخاطر الأضرار المحتملة بطرق عدة منها:

- المشاركة في مجموعات التنسيق؛ للاستفادة من الآخرين، وتقليل ما يعتري الاستجابة من ازدواج الجهود، والفجوات.
- تصميم تدخلات على أساس معلومات كافية. (انظر صحيفة التدابير ١.٢).
- الالتزام بمعايير التقييم، والشفافية، والانفتاح أمام التدقيق، والمراجعة الخارجية.
- نشر الوعي بالحساسية الثقافية، والكفاءة في منطقة العمل أو التدخل.
- الاطلاع – أولا بأول – على أحدث البيانات، والقوانين الخاصة بالممارسات العملية الفعالة.

- العمل على استيعاب علاقات القوة بين العناصر الخارجية ومنكوبي الطوارئ، والعمل على استيعاب المناهج التشاركية، بما ينعكس بصفة مستمرة على حقوق الإنسان بوجه عام.

٤. البناء على الموارد والقدرات المتاحة

كما تم بيانه سابقاً، فإن جميع الجماعات المتضررة لديها ممتلكات و موارد يمكن أن تدعم الصحة العقلية والمعافاة النفس – اجتماعية. فالبناء على القدرات المحلية، ودعم المساعدة الذاتية، وتعزيز الموارد المتاحة يعتبر مبدأ أساسيا، حتى في المراحل الأولى للطوارئ؛ فالبرامج الموجهة من الخارج عادة ما تؤدي إلى صحة عقلية، ودعم «نفس – اجتماعي» غير ملائم، وغالباً ما لا يُكتب لها الاستمرار؛ لذا ينبغي – كلما أمكن – البناء على قدرات الحكومات، والمجتمع المدني. ففي كل مستوى من مستويات الهرم – (انظر الشكل رقم ١) – مهام أساسية هي: تحديد، واستنهاض، وتقوية مهارات، وقدرات الأفراد، والأسر، والمجتمعات.

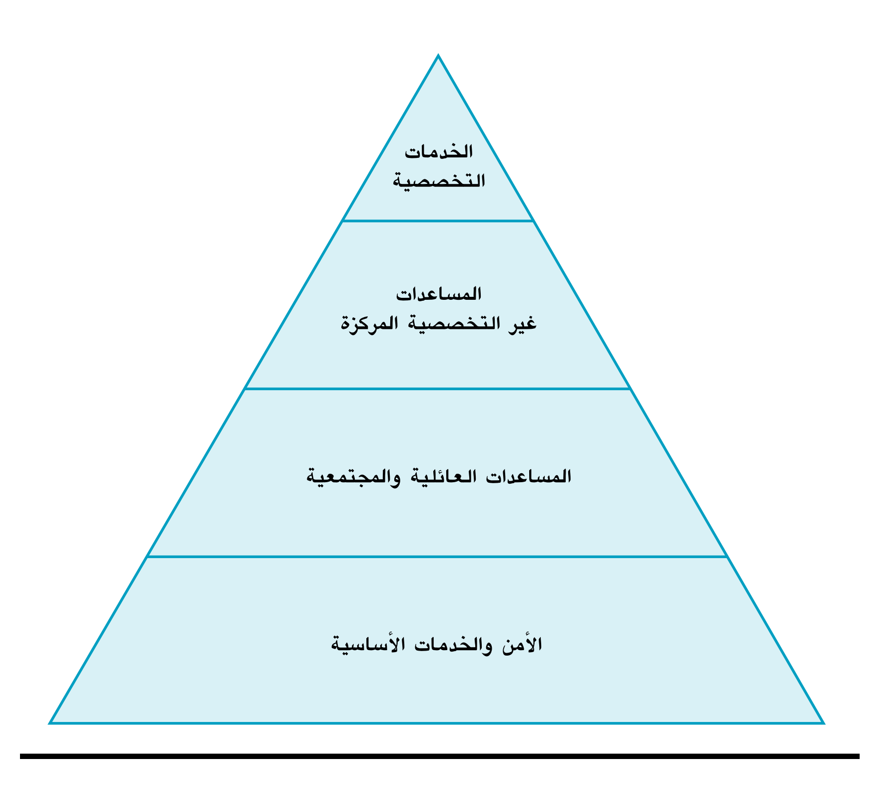
٥. نظم الدعم المتكاملة

يجب أن يتم تصميم مختلف الأنشطة والبرامج بما يحقق أكبر قدر ممكن من التكامل فيما بينها. وقد يؤدي نشر خدمات منفردة (مثل الخدمات التي تقتصر على التعامل مع ضحايا الاغتصاب، أو مع أصحاب حالات التشخيص الخاصة مثل الاضطرابات العصبية التالية للصدمات) إلى إيجاد نظام رعاية مفكك إلى حد بعيد. أما الأنشطة التي يتم القيام بها في إطار منظومات شاملة متكاملة فيسهل وصولها إلى عدد أكبر، وتتميز في الغالب بالثبات والاستمرار، ولا يتولد عنها – في الغالب – نوع من الخزي أو العار (من أمثلة تلك الأنشطة ما يلي: خدمات الصحة العامة، وخدمات الصحة النفسية العامة، والخدمات الاجتماعية... إلخ).

٦. المساعدات المتعددة المستويات

يجب أن تتباين درجة تأثر مختلف الأشخاص في حالات الطوارئ، مما يتطلب تقديم أشكال متنوعة من المساعدات. ومن الأمور المهمة والرئيسة لتنظيم دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» تصميم نظام متعدد المستويات يشمل مساعدات يكمل بعضها الآخر، ويفي باحتياجات مختلف الجماعات. ولمزيد من التوضيح أنظر إلى الشكل الهرمي للتدخل (الشكل رقم ١)؛ إذ يتضح مدى أهمية جميع مستويات الهرم، وضرورة تطبيقها في الوقت نفسه لتحقيق الوضع الأمثل.

شكل ١: هرم التدخل الخاص بدعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس– اجتماعية» في حالات الطوارئ. انظر الفقرات التالية، للمزيد من التوضيح.



I. الأمن والخدمات الأساسية: ينبغي توفير الحياة الكريمة للأفراد من خلال نشر الأمن (أو استعادته)، وسلامة الحكم، وتوفير الخدمات التي تلبي الاحتياجات الأساسية المادية (المأكل، والمأوى، والمشرب، والرعاية الصحية الأساسية، والسيطرة على الأمراض المعدية). وفي معظم حالات الطوارئ، يقدم المتخصصون في قطاعات – مثل: الغذاء، الصحة، والإيواء – الخدمات الأساسية. بينما تتمثل استجابة الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» للحاجات الأساسية، والأمن، في الدعوة لضمان توفير هذه الخدمات، من قبل الجهات المسئولة، وتوثيق تأثير هذه الخدمات على الصحة العقلية، والمعافاة النفس – اجتماعية، والتأثير على الجهات الإنسانية لتقدم هذه الخدمات، بطريقة ترتقي بالصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية». يجب توفير هذه الخدمات الرئيسة بأساليب تشاركية آمنة، ومناسبة للمجتمع، بحيث تحفظ كرامة

المواطنين، وتدعم المساعدات الاجتماعية المحلية، وتستنهض الشبكات الاجتماعية.
(انظر «صحيفة التدابير» ١.٥).

II. المساعدات العائلية والمجتمعية: يبرز المستوى التالي استجابة جماعة من الناس ذات عدد محدود، تتمتع بالقدرة على المحافظة على معافاتها «النفس – اجتماعية» والصحة العقلية إذا تيسر لها أن تحظى بمساعدات مجتمعية، وعائلية، فضلاً عن التمتع بالعيش في بيئة آمنة. ومن أمثلة المساعدات المقدمة في هذا الصدد مراسم التعافي المجتمعي، ونشر المعلومات الخاصة بالأساليب الإيجابية الفعالة، وبرامج التبني المساعدة، وتوافر إمكانات الحصول على التعليم السليم، والبناء على المستوى الرسمي وغير الرسمي، وخلق فرص العمل، وتنشيط جهود الدعم الاجتماعي في المجتمع مثل تلك المقدمة من خلال الجمعيات النسائية، ونوادي الشباب.

III. المساعدات المركزة غير التخصصية: يكون عدد الجماعة المعنية في هذا المستوى أقل من سابقه؛ حيث يشمل هذا المستوى مجموعة من الأفراد الذين يحتاجون إلى تدخلات فردية أو عائلية أو جماعية أكثر تركيزاً من أشخاص مدربين يعملون تحت إشراف غيرهم (نظراً لأنهم لم يحصلوا على تدريب طويل لسنوات عدة في مجال الرعاية التخصصية). فقد يحتاج ضحايا العنف المرتكز إلى النوع الاجتماعي إلى مزيج من المساعدة المعنوية والمعيشية من العاملين المجتمعيين. ويتضمن هذا المستوى أيضا الإسعافات الأولية السيكولوجية، وخدمات رعاية الصحة النفسية، التي يقدمها أخصائيو الرعاية المبتدئون.

IV. الخدمات التخصصية: تأتي على قمة الهرم، وتتمثل في تقديم دعم إضافي إلى نسبة محدودة من المجتمع، تعاني معاناة غير محتملة، برغم عناصر الدعم المذكورة في المستويات الأخرى، مما قد يعني أنهم ربما واجهوا صعوبات هائلة على مستوى الحياة اليومية. وينبغي أن يشمل الدعم المقدم في هذا السياق عناصر دعم سيكولوجية ونفسية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة، وذلك إذا تجاوزت احتياجاتهم الخدمات الصحية الأولية/العامة القائمة بالفعل. ويستلزم هذا النوع من المشكلات أحد الحلين الآتيين: (أ) الاستعانة بالخدمات التخصصية (إن وجدت)، أو (ب) البدء في عقد دورات تدريبية، وإشرافية، طويلة المدى، لمقدمي الخدمات الصحية الأولية/العامة. وبرغم انخفاض النسبة التي تحتاج إلى مثل هذه النوعية من الخدمات التخصصية، إلا أن عدد

أصحاب الاحتياجات الكبيرة التي تتطلب تقديم خدمات تخصصية يبلغ آلافاً عدة في معظم حالات الطوارئ الكبرى.

إن الطبيعة الخاصة لكل حالة طوارئ، وتنوع السياقات الثقافية، والاجتماعية، والتاريخية، يجعلان من الصعب تحديد قواعد جامعة لأفضل الممارسات العملية، ولكن الخبرة المستقاة من مختلف حالات الطوارئ توضح أنه يحسن اتخاذ بعض التدابير مثلما يُفضل اجتناب البعض الآخر. وهذه وتلك موضحتان في جدول الواجبات، والنواهي المبين أدناه.

افعل	لا تفعل
شكل مجموعة تنسيق شاملة للمهتمين بدعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية».	لا تشكل مجموعات منفصلة بشأن دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» تفتقر إلى الحوار، والتنسيق.
أدعم جهود الاستجابة المنسقة، مع المشاركة في اجتماعات التنسيق، وأضف قيمة عن طريق تكامل أعمالك مع أعمال الآخرين.	لا تعمل بمعزل عن الآخرين أو دون بحث سبل تكامل عمل كل شخص مع أعمال الآخرين.
اجمع، وحلل المعلومات؛ لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة لاستجابة ما، وتحديد ماهية هذه الاستجابة.	لا تكرر التقييمات الأولية ، ولا تقبل البيانات المبدئية دون تمحيص.
صمم أدوات التقييم بحيث تتناسب مع الأوضاع المحلية.	لا تستخدم أدوات تقييم غير مناسبة للأوضاع المحلية أو حالة الطوارئ.
اعلم أن التأثر بحالات الطوارئ يختلف من شخص لآخر؛ فالأفراد الأكثر مرونة قد يحافظون على درجة من الثبات، بينما قد يتأثر غيرهم تأثراً حاداً قد يستدعي مساعدات تخصصية.	لا تفترض أن كل من تعرض لحالة طوارئ مصاب بصدمة أو أن الأفراد الذين يظهرون قدراً من المرونة لا يحتاجون إلى المساعدة.
أطرح أسئلتك باللغة (اللغات) المحلية، وبأسلوب سليم، يبعث على الاطمئنان، ويحترم الخصوصية.	احظر تكرار التقييمات أو طرح أسئلة محرجة للغاية دون توفير المتابعة والمساعدة اللازمة.
أعط اهتماماً خاصاً للفروق بين الجنسين.	لا تفترض تأثير حالات الطوارئ بنفس الدرجة تماما على الرجال والنساء (أو الأولاد والفتيات)، كما لا تفترض تساوي أثر البرامج المصممة للرجال من حيث الفاعلية وإمكان التطبيق على النساء.

افعل	لا تفعل
استعلم من الجهات المعنية، عند تكوين فرق العمل والمتطوعين، بالإضافة إلى بناء القدرات الخاصة بفريق عمل منبثق من المجتمع المحلي و/أو المتأثر بحالة الطوارئ.	لا تطبق قواعد توظيف تقوض الهياكل المحلية القائمة.
اتبع الجلسات التدريبية بشأن عناصر دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» بعمليات متابعة، وملاحظة؛ بهدف ضمان سلامة تطبيق التدخلات.	لا تستخدم جلسات تدريبية غير مجربة، أو بمعزل بعضها عن بعض، أو مقتضبة، دون القيام بعمليات المتابعة اللازمة عند إعداد الأفراد المكلفين بأداء تدخلات سيكولوجية معقدة.
قم بتيسير عملية تطوير برامج ذات صبغة محلية يديرها، ويطبقها المجتمع بنفسه.	احذر العمل بأسلوب الجمعيات الخيرية التي تتعامل مع المجتمع بصفة أساسية باعتباره مجموعة من المحتاجين إلى خدمات معينة.
ساعد في بناء القدرات المحلية، مع دعم القدرات الذاتية، وتفعيل الموارد المتاحة بالفعل، لدى الجماعات المنكوبة.	يُحظر تنظيم المساعدات بشكل يقوض أو يتجاهل مسئوليات وإمكانات المجتمع المحلي.
تعرف الممارسات الثقافية المحلية، واستخدمها (كلما سنحت الفرصة) في مساعدة المواطنين.	لا تفترض أن جميع الممارسات المحلية ذات فائدة أو أن جميع المواطنين يؤيدون استخدام ممارسات معينة.
استخدم أساليب مُستجلبة من خارج المجتمع المحلي – فقط – عندما يكون ذلك مناسبا.	لا تفترض أن جميع الأساليب المستوردة من خارج المجتمع بالضرورة، أفضل من غيرها، واحذر فرض هذه الأساليب على المواطنين بطريقة تهمش الممارسات والمعتقدات الثقافية المحلية.
أسهم في بناء القدرات الحكومية، وإدماج خدمات رعاية الصحة النفسية، لضحايا حالات الطوارئ في خدمات الصحة العامة، وخدمات الصحة النفسية المحلية (إن وجدت).	لا تصمم خدمات صحة نفسية موازية لجماعات خاصة متفرعة عن المجتمع.
قم بتمكين الأفراد الذين يعانون من توتر هائل، بعد التعرض لعوامل ضغط مريعة، من الحصول على مجموعة متنوعة من الخدمات تشمل الإسعافات الأولية السيكولوجية.	لا تعقد جلسات فردية للاسترجاع النفسي لأشخاص في التجمعات العامة؛ باعتبار ذلك تدخلا مبكراً بعد التعرض لظروف الصراعات أو الكوارث الطبيعية.
درب أخصائيي الرعاية الصحية الأولية/العامة على أفضل الممارسات المتعلقة بوصفات العلاج، وعلى عناصر الدعم السيكولوجي الرئيسة.	لا تعط أدوية تؤثر على الحالة النفسية لمتعاطيها، أو تقدم مساعدات سيكولوجية، دون تدريب أو إشراف.

افعل	لا تفعل
استخدم الأدوية العامة المدرجة على قوائم الأدوية الأساسية المستخدمة بالبلاد.	لا تطرح عقاقير جديدة أو ذات أسماء تجارية في الحالات التي لا تستدعي استخدام العقاقير على نطاق واسع.
ضع نظماً فعالة لإحالة المنكوبين – بشدة – لجهات أخرى، وقدم المساعدات اللازمة لهم.	لا تبدأ بفحص من يعانون من اضطرابات نفسية دون توافر خدمات مناسبة ومتاحة للاستخدام لرعاية المصابين.
صمم حلول رعاية ملائمة محليا للأفراد الذين قد يتم إيداعهم للعلاج في مؤسسات علاجية.	لا تودع أي أفراد للعلاج لدى مؤسسات علاجية (ما لم يكن ذلك مؤقتا وكونه الملاذ الأخير الذي لا غنى عنه لتقديم خدمات الرعاية والحماية اللازمة).
تعاون ونسق مع مسئولي مختلف الوكالات والهيئات لتوفير قناة اتصال مزدوجة مع المنكوبين، ومع العالم الخارجي.	لا تلجأ إلى مسئولي الاتصال بالوكالات والهيئات فقط عندما تريد الاتصال بالعالم الخارجي.
استخدم قنوات مثل وسائل الإعلام لنقل معلومات دقيقة تخفف من وطأة التوتر، وتساعد الأفراد على الحصول على الخدمات الإنسانية.	لا تعط أو تعرض صوراً إعلامية تلهب المشاعر تجاه معاناة المنكوبين، أو تعرضهم للخطر.
اعمل على أن تتكامل الاعتبارات «النفس – اجتماعية» المعنية مع قطاعات المساعدة الإنسانية كافة.	لا تحصر تركيزك على الخدمات السريرية فقط، في ظل عدم توافر استجابة متعددة القطاعات.

الأسئلة المتكررة

تستعرض الأسطر التالية الأسئلة المتكررة وأجوبتها فيما يتعلق بالضوابط الإرشادية:

١. **ما المقصود بدعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»؟**
يُعتبر دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس– اجتماعية» مصطلحاً مركباً يتم استخدامه في هذه الضوابط الإرشادية لوصف أي نوع من المساعدات المحلية أو الخارجية التي تستهدف حماية أو تحسين المعافاة «النفس – اجتماعية» و/أو الوقاية من الاضطرابات العقلية و/أو علاجها.

٢. **لماذا تستخدم الضوابط الإرشادية مصطلحات متداخلة من قبيل: دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»؟**
تعكس هذه المصطلحات، وثيقة الصلة لدى الكثير من العاملين، في مجال المعونة – نُهُجاً متكاملة، وإن كانت مختلفة. وتميل الوكالات غير العاملة في قطاع الصحة إلى استخدام مصطلح دعم المعافاة «النفس– اجتماعية». أما المشتغلون بقطاع الصحة فيميلون إلى استخدام مصطلح الصحة العقلية، علما بأنهم اعتادوا فيما مضى استخدام مصطلحات مثل إعادة التأهيل النفس – اجتماعي، والعلاج النفس – اجتماعي لوصف التدخلات غير البيولوجية مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية. وتتفاوت التعريفات الدقيقة لهذه المصطلحات بين – بل وفي داخل – مختلف منظمات المعونة، والقطاعات، والبلدان.

٣. **هل يقتصر استخدام هذه الضوابط الإرشادية على أخصائيي الصحة النفسية؟**
بالطبع لا، فهذه الوثيقة تقدم إرشادات لعدد كبير من الأطراف الفاعلة في مختلف القطاعات حول كيفية حماية وتحسين المعافاة «النفس – اجتماعية». غير أن الضوابط الإرشادية تتضمن «صحف تدابير» تغطي التدخلات السريرية التي لا ينبغي القيام بها إلا تحت إشراف أخصائيي الصحة النفسية.

٤. **لماذا تغطي هذه الضوابط الإرشادية، القطاعات التي لا تدخل ضمن نطاق اهتمام أو خبرات متخصصي الصحة النفسية؟**
هناك إجماع متنامٍ بين مختلف الوكالات على أن الاهتمامات «النفس – اجتماعية» تعني قطاعات العمل الإنساني كافةً، حيث تؤثر الطريقة التي تقدم بها المساعدات (سواء بمراعاة كرامة المنكوبين أو لا) على المعافاة «النفس– اجتماعية». فيمكن على سبيل المثال بذل جهود متوازية، من أكثر من جهة، للحد من معدل الوفيات؛ إذ لا تتأثر معدلات الوفيات بحملات التطعيم والرعاية الصحية فحسب، بل تتأثر أيضا بالتدابير المتخذة بشأن مياه الشرب، والإصحاح، والطعام، والأمن الغذائي، والمأوى. وعلى المنوال نفسه تتأثر المعافاة «النفس – اجتماعية» إذا كانت مخيمات الإيواء مزدحمة، ومرافق الإصحاح تعرض النساء لخطر العنف الجنسي.

٥. **تركز الضوابط الإرشادية على الحد الأدنى من الاستجابات في خضم حالات الطوارئ، فما هو تعريف حالة الطوارئ؟ وما هو تعريف الحد الأدنى من الاستجابة؟**
تتضمن وثائق الأنشطة المجمعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (www.reliefweb.int) أمثلة توضيحية عن المواقف التي تعتبرها اللجنة حالات طوارئ. ومن أمثلة هذه الحالات المواقف التي تنشأ من جراء الصراعات المسلحة، والكوارث الطبيعية (تشمل أزمات الغذاء)، التي يتعرض فيها العديد من المواطنين لخطر الموت الداهم، والمعاناة المروعة، وإهدار الكرامة.
أما الحد الأدنى من الاستجابات فيتمثل في الاستجابات الضرورية ذات الأولوية العالية التي ينبغي تطبيقها فور وقوع حالة الطوارئ. ولا يجب تطبيق الاستجابات الشاملة إلا بعد التأكد من إمكان استفادة المواطنين من الحد الأدنى من الاستجابة.

٦. **تتسم الضوابط الإرشادية بالضخامة، فكيف يتسنى للأطراف الفاعلة في مجال الخدمات الإنسانية (وكالة أو جمعية) القيام بجميع الأعمال الواردة بها؟ وهل يتعين تطبيق صحيفة التدابير في كل حالة طوارئ؟**
ليس من المنتظر من وكالة ما أو جمعية بمفردها، أن تتمكن من تطبيق كل تدخلات الحد الأدنى من الاستجابة في خضم حالة الطوارئ. ولا تخاطب الضوابط الإرشادية وكالة بعينها أو مشروع بعينه. ونظرا لأن هذه الضوابط موجهة لجميع الوكالات والجهات المعنية، فإنها تستلزم تنسيق الجهود فيما بين الأطراف كافةً بهدف تطبيق كل عناصر الضوابط الإرشادية. بالإضافة إلى ذلك فإن التدابير المذكورة باعتبارها الحد الأدنى من الاستجابة في الضوابط الإرشادية قد تكون كذلك في معظم حالات الطوارئ، ولكن ليس في كل الحالات. ومن ثم تبرز أهمية التحليلات المحلية للوقوف على التدابير المحددة التي تتمتع بالأولوية في السياق المحلي، وفي مختلف المراحل الزمنية.

٧. **لماذا لا يوجد وقت مناسب لتطبيق التدابير؟**
برغم أنه يمكن التنبؤ إلى حد ما بالعواقب الإنسانية لبعض الكوارث (مثل: الزلازل، والأعاصير)، إلا أن الكثير من حالات الطوارئ (مثل تلك الناجمة عن الحروب) يتعذر التنبؤ بها أو تحديد مداها الزمني. ولا يخفى أن معظم حالات الطوارئ المركبة تستمر لسنوات وسنوات.

٨. ما هو دور الأفراد المتأثرين بالطوارئ أو المجتمعات المتأثرة بها في تطبيق هذه الضوابط الإرشادية؟

تولت مؤسسات المعونة صوغ هذه الوثيقة بلغة المساعدات الإنسانية، بيد أنه ينبغي على ضحايا الطوارئ أن يشتركوا بأكبر درجة ممكنة في تصميم، وتنفيذ برامج المعونة كافة، وأن يؤدوا دورا قياديا، قدر المستطاع (انظر صحيفة التدابير ١.٥ و٢.٥). ولهذا السبب يجب ترجمة هذه الضوابط إلى لغات محلية عدة.

٩. لماذا لا تركز الضوابط الإرشادية على ضغوط الصدمات، والضغوط التالية للصدمة العصبية؟

إن أنواع المشكلات الاجتماعية والسيكولوجية التي قد يتعرض لها البعض في خضم حالات الطوارئ تتباين تباينا مذهلا (انظر القسم الخاص بـ «المشكلات» في الفصل ١). وقد يؤدي التركيز على ضغوط الصدمات إلى إهمال قضايا أخرى مهمة في مجال الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية». وتتبنى مختلف الوكالات والخبراء آراء متعددة حول إيجابيات وسلبيات التركيز على الضغوط التالية للصدمات العصبية. وتستهدف الضوابط الإرشادية التي بين أيدينا طرح منهج متوازن للحد الأدنى من التدابير الموصى بها في خضم حالات الطوارئ. وتتضمن الضوابط الإرشادية ما يلي: (أ) الإسعافات الأولية السيكولوجية التي يقدمها العاملون من مختلف الجهات للأشخاص الذين يعانون من توتر ناجم عن الصدمات (انظر صحيفة التدابير ٣.٤ و٤.٤ و٢.٥ و١.٦)، و(ب) الرعاية التي يقدمها أخصائيو الرعاية الصحية المدربون تحت إشراف معين للأشخاص المصابين باضطرابات نفسية حادة، بما في ذلك الحالات الحادة للاضطرابات العصبية التالية للصدمات (انظر صحيفة التدابير ٢.٦).

١٠. هل تستهدف هذه الوثيقة وضع معايير محددة؟ وما هي العلاقة بين هذه الضوابط الإرشادية ودليل اسفير Sphere Handbook؟

تستعرض هذه الوثيقة الضوابط الإرشادية الخاصة بالحد الأدنى من الاستجابات دون أن تضع معايير للحد الأدنى من الاستجابة. وفي الوقت نفسه تتوافق هذه الوثيقة مع معايير مشروع اسفير (Sphere Project) (٢٠٠٤)، ومن المرجح أن يسهم تطبيق الضوابط الإرشادية في تحقيق معايير اسفير، بما في ذلك المعيار الخاص بالجوانب العقلية والاجتماعية للصحة.

١١. كيف يتسنى الربط بين الضوابط الإرشادية المتعددة القطاعات للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ومنهجية «مجموعة» اللجنة نفسها؟

يمثل أسلوب «مجموعة» اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات آلية جديدة يُقصد بها النهوض بمستوى التعاون، وأداء مختلف القطاعات بوجه عام. ويتم – عند الضرورة في أي حالة طوارئ – تشكيل مجموعات معينة لسد الفجوات القائمة في عمليات المساعدة (انظر الموقع التالي على شبكة الإنترنت /http://www.humanitarianinfo.org iasc/content/Cluster). وترتبط المجموعات التالية بهذه الضوابط الإرشادية الخاصة بعناصر دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»: تنسيق المخيم وإدارته، وأماكن الإيواء في حالات الطوارئ، والتعافي المبكر، والصحة، والتغذية، والحماية، والمياه، والنظافة الشخصية، والإصحاح.

وينبغي أن تتحمل كل مجموعة في أثناء حالة الطوارئ مسئولية تطبيق التدخلات الواردة في هذه الضوابط الإرشادية مما يدخل في نطاق اختصاص المجموعة. وبالإضافة إلى ذلك يُفضل في حالات الطوارئ الكبرى أن يتم تكوين مجموعة واحدة تمثل جميع القطاعات والوكالات، وتختص بتنسيق عناصر دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»، على أن تحرص مثل هذه الجماعة على تحقيق الالتزام بالضوابط الإرشادية، مثل تلك الواردة في هذه الوثيقة (انظر صحيفة التدابير ١.١ بشأن التنسيق).

١٢. ما هي «اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات»؟

تمثل اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، التي أسستها الجمعية العامة للأمم المتحدة، منتدى يستهدف التنسيق بين الوكالات ووضع السياسات، وصنع القرار عن طريق رؤساء وقادة وكالات المعونات الإنسانية الكبرى (الوكالات التابعة للأمم المتحدة، جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، واتحادات منظمات المعونات الإنسانية غير الحكومية). انظر الموقع التالي على شبكة الإنترنت:

http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/about/default.asp

المراجع

١. د. محمد أحمد النابلسي وآخرون (١٩٩١). الصدمة النفسية، علم نفس الحروب والكوارث: دار النهضة العربية، بيروت – لبنان.

٢. د. محمد احمد النابلسي (٢٠٠١). العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان: ثمركز الدراسات النفسية، بيروت – لبنان.

٣. د. غسان يعقوب (١٩٩٩). سيكولوجية الحروب والكوارث: دار الفارابي، بيروت – لبنان.

٤. Anderson, M. (1999). *Do No Harm: How aid can support peace – or war*. Boulder, CO: Lynne Rienner.

٥. IASC (2003). *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf

٦. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: IASC.
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf
Arabic version:
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20Arabic.pdf

٧. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project. http://www.sphereproject.org/handbook/
Arabic version: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

الفصل ٢

مصفوفة التدخلات

يستعرض هذا الفصل مصفوفة (تتناولها الصفحات التالية فضلا عن توافرها في شكل ملصقات توضيحية)، تمثل ضوابط إرشادية حول أهم التدابير اللازمة لحماية ودعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» في حالات الطوارئ. وتتكون المصفوفة من ١١ صفاً تتناول بالوصف مهام ومجالات العمل الإنساني المناسبة. ولكي تتسم المصفوفة بوضوح العرض وسهولة المطالعة؛ تم تنظيم صفوفها في مجموعات تتضمن المهام المتداخلة والمتقاطعة، ومجالات الدعم الرئيسة للصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»، والاعتبارات الاجتماعية ضمن قطاعات محددة. بالإضافة إلى ذلك تتضمن المصفوفة ثلاثة أعمدة تشرح أنواع الاستجابات:

١. التأهب للطوارئ
يلخص العمود الأول من المصفوفة أهم التدابير الموصى بها فيما يتعلق بالاستعداد للطوارئ. ومن شأن اتخاذ هذه التدابير أن تسرع من وتيرة تطبيق الحد الأدنى من الاستجابات.

٢. الحد الأدنى للاستجابة
يستعرض العمود الأوسط من المصفوفة التدخلات الواجب تنفيذها في خضم حالات الطوارئ. ويُعرف الحد الأدنى من الاستجابة بأنه الاستجابات ذات الأولوية القصوى التي ينبغي القيام بها بأسرع ما يمكن فور وقوع حالة الطوارئ. وقد يرى البعض أن هذه الاستجابات تتمثل في تقديم الحد الأدنى من المساعدات التي يحق للمنكوبين الحصول عليها. وتوجد لكل تدبير وارد في هذا العمود الأوسط صحيفة تدابير مقابلة في الفصل ٣ تتناول بالتفصيل التدابير التي تمثل الحد الأدنى من الاستجابة في العديد من حالات الطوارئ.

٣. الاستجابة الشاملة
يستعرض العمود الأيسر من المصفوفة ملخصاً بأهم التدخلات التي تمثل جزءا من الاستجابة الشاملة. ولا ينبغي الالتفات إلى هذه التدخلات إلا بعد التيقن من مشاركة أغلبية المجتمعات المعنية في الحد الأدنى من الاستجابة، وفقا للتعريفات المحلية. وغالبا ما يتم تطبيق هذه التدخلات في أثناء مرحلة الاستقرار، وفترة إعادة البناء المبكر، بعد وقوع حالة الطوارئ.

الضوابط الإرشادية لعناصر دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» في ظروف الطوارئ: مصفوفة التدخلات

المهمة أو المجال	التأهب للطوارئ	الحد الأدنى للاستجابة (الواجب القيام بها حتى في خضم حالة الطوارئ، كجزء من الاستجابة الشاملة)	الاستجابة الشاملة (الاستجابة الإضافية المحتملة خلال مرحلتي الاستقرار وإعادة البناء المبكر)
أ. مهام مشتركة عبر مختلف المجالات			
١. **التنسيق**	• تحديد المنظمات المؤهلة، والموارد البشرية. • وضع سياسات، وخطط وطنية مشتركة بين الوكالات، لدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» ضمن الاستجابة للطوارئ. • تحديد آليات التنسيق، والأدوار، والمسئوليات، على المستوى المحلي، والإقليمي، والوطني، والدولي. • رصد نقاط الاتصال المعنية بالصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» لحالات الطوارئ في كل إقليم. • توفير التمويل اللازم لدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» بما في ذلك أعمال التنسيق بينهما. • العمل على تكامل الاعتبارات الخاصة بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» مع جميع خطط التأهب للطوارئ، في مختلف القطاعات. • المناصرة لدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» في جميع مراحل العمل الإنساني.	١.١ التنسيق بين مختلف القطاعات المعنية بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»	• تصميم هياكل تنسيق مضمونة الاستمرار، تشمل أصحاب المصلحة، من الجهات الحكومية والمجتمع المدني. • وضع خطط استراتيجية بين الوكالات، وتعزيز البرامج المشتركة المعنية بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» وتدبير التمويل. • رفع مستوى تبادل المعلومات فيما بين الأطراف الفاعلة المعنية بالمساعدات الإنسانية. • الربط بين أنشطة دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» وأنشطة التنمية. • العمل على تكامل أنشطة المساعدات مع السياسات والخطط والبرامج الوطنية، وضمان استفادة البرامج من السياسات والخطط والإمكانات المتاحة.
٢. **التقييم الأولي، والمتابعة، وتقييم النتائج**	• بناء القدرات الخاصة برصد، ومتابعة، وتقييم دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية». • مراجعة وتوفير المعلومات الخاصة بقدرات المجتمعات والمخاطر/التهديدات المحدقة بهم. • دراسة إمكانات المنظمات، وقدرتها على الاستجابة لدعم الصحة العقلية، والمعافاة النفس – اجتماعية. • ابتكار خطط، وأدوات للتقييم الأولي السريع فيما بين الوكالات، على أن تكون تلك الخطط، والأدوات مناسبة ثقافيا للاستخدام في حالات الطوارئ. • فحص، ونشر معلومات، وأدوات الرصد، والتقييم. • وضع، أو تطبيق استراتيجيات، ومؤشرات، وأدوات للمتابعة، والتقييم. • مراجعة الاستجابات السابقة الخاصة بدعم الصحة العقلية، والمعافاة النفس – اجتماعية، وتحديد الممارسات السليمة.	١.٢ إجراء تقييم للصحة العقلية، و«المعافاة النفس– اجتماعية» ٢.٢ وضع نظم تشاركية للمتابعة والتقييم	• إجراء تقييمات دورية، للاحتياجات والقيام بتحليلات إضافية متعمقة للوضع إذا اقتضت الحاجة. • رصد وتقييم البرامج في ضوء الأنشطة المخططة، مع استخدام مؤشرات محددة سلفا. • رصد، وتقييم أنشطة الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» في ضوء هذه الضوابط الإرشادية. • نشر النتائج، والدروس المستفادة، من أنشطة التقييم الأولي، والرصد، وتقييم النتائج.
٣. **الحماية، ومعايير حقوق الإنسان**	• تعزيز حقوق الإنسان، والقانون الإنساني الدولي، والممارسات السليمة المتعلقة بهما. • مراجعة السياسات، والقوانين الراهنة في مجال الحماية. • وضع آليات لرصد انتهاكات حقوق الإنسان، ورفع تقارير بها، والسعي لعلاجها. • التعاون مع الأفراد المعرضين للخطر لتحديد الأولويات، وتطوير الإمكانات، ووضع الاستراتيجيات، فيما يتعلق بالحماية والأمن. • تدريب القوات المسلحة على معايير الحماية الدولية.	١.٣ تطبيق إطار عام لحقوق الإنسان من خلال دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» ٢.٣ تحديد، ومتابعة مهددات، ومعوقات الحماية، ومكافحتها، والتعامل معها، من خلال الحماية الاجتماعية	• تعزيز الإمكانات القومية لمتابعة انتهاكات حقوق الإنسان، والقانون الإنساني، ورفع تقارير بها، ومكافحتها، والسعي لعلاجها. • التأكيد على المساءلة بشأن انتهاكات حقوق الإنسان. • تعزيز إمكانات الحماية الاجتماعية. • مراجعة البيانات، وسد الفجوات، في الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة (الجماعات المعرضة للخطر). • تأصيل التدريب على الحماية لجميع العاملين من مختلف القطاعات، بما في ذلك القوات المسلحة، والنظام القضائي.

المهمة أو المجال	التأهب للطوارئ	الحد الأدنى للاستجابة (الواجب القيام بها حتى في خضم حالة الطوارئ، كجزء من الاستجابة الشاملة)	الاستجابة الشاملة (الاستجابة الإضافية المحتملة خلال مرحلتي الاستقرار وإعادة البناء المبكر)
	• تطبيق استراتيجيات مكافحة العنف، بما في ذلك العنف المرتكز على النوع الاجتماعي. • في حالات العنف السياسي، تيسير إبرام الاتفاقيات ذات المتابعة الخارجية بين الأطراف المتصارعة بهدف حماية المدنيين. • تعزيز التصديق على وثائق حقوق الإنسان الدولية/الوثائق الإنسانية، ودعم تطبيقها. • إعداد الممارسات التنظيمية اللازمة لتعظيم أمن العاملين، وسلامتهم في الميدان.	٣.٣ تحديد، ومتابعة مهددات، ومعوقات الحماية، ومكافحتها، والتعامل معها، من خلال الحماية القانونية	• دعم إعادة التأهيل المجتمعي الآمن لضحايا أشكال العنف كافة. • تقييد تعاطي المسكرات في المخيمات. • اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع تجارة الرقيق. • توفير الدعم السيكولوجي، والاجتماعي، والاقتصادي، والتعليمي، والطبي المناسب لضحايا انتهاكات حقوق الإنسان، وعائلاتهم، وللشهود، بما في ذلك شهود جلسات المحاكمة. • مساعدة النظم القضائية في تطبيق القوانين وفقا للمعايير الدولية. • تحديث التشريعات الخاصة بالصحة النفسية بالشكل الملائم.
٤. **الموارد البشرية**	• رسم خريطة إمكانات الموارد البشرية القائمة، شاملة الموارد التدريبية. • تعزيز الوعي بالحاجة إلى عاملين على دراية بالثقافة واللغة المحلية. • تدريب جميع العاملين على معايير الحماية الدولية، ومدونات السلوك. • تدريب العاملين من مختلف القطاعات على دمج الدعم في أعمال الطوارئ، وفقا لهذه الضوابط الإرشادية. • توسيع القاعدة المتاحة من عاملي الطوارئ المدربين على الدعم. • تشجيع المؤسسات التعليمية على إدراج التدريب على الدعم ضمن برامجها التخصصية. • توسيع نصيب الدعم في دورات الاستعداد للطوارئ، على مستوى العالم. • وضع سياسات، وخطط مؤسسية لمكافحة، وإدارة مشكلات الدعم لدى العاملين في المجال الإنساني. • وضع سياسات مؤسسية لتعظيم أمن وسلامة العاملين في هذا المجال.	١.٤ تحديد، وتوظيف العمالة اللازمة، والاستعانة بمتطوعين على دراية بالثقافة المحلية ٢.٤ التطبيق الصارم لمدونات السلوك، والضوابط الإرشادية الأخلاقية للعاملين ٣.٤ تنظيم الدورات التوجيهية، والتدريبية لعاملي المعونة المعنيين بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» ٤.٤ إدارة، ومكافحة مشكلات الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» لدى العاملين والمتطوعين	• وضع وصف للاختصاصات الرئيسة ذات الصلة للعاملين بالأوضاع المحلية. • تأصيل مدونات السلوك والمعايير الأخلاقية، ومتابعتها، وتطبيقها تطبيقا صارما، وتعزيزها قدر الحاجة. • رسم خريطة توزيع، ونطاق الجرعات التدريبية، والإشرافية المتلقاة. • تعزيز عمليات التدريب، والإشراف، وبناء قدرات مضمونة الاستمرار عن طريق تأصيل التدريب، وإضفاء الطابع المؤسسي عليه. • مراجعة الاستجابة لقضايا الدعم لدى العاملين، والالتزام بسياسات دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» المطبقة لدى المنظمات بشأن العاملين، والمتطوعين.
ب. أهم مجالات دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»			
٥. **دعم وتعبئة المجتمع**	• رسم خريطة تشاركية، وإجراء تحليل سياقي للمجتمعات المحلية (الموقف الحالي، والموارد، والقطاعات، والخدمات، والممارسات). • إجراء تحليل للمخاطر، ووضع خطة استجابة مجتمعية، تشمل نظام إنذار مبكر، وتعزيز الإمكانات المحلية، لتطبيق مثل تلك الخطط.	١.٥ تهيئة الظروف لتعبئة المجتمع، وتعزيز الشعور بالانتماء وملكية الاستجابة للطوارئ، والرقابة عليها في جميع القطاعات ٢.٥ تيسير الدعم الذاتي: المجتمعي، والاجتماعي	• تعزيز شعور المجتمع بامتلاك جهود الاستجابة، والانتماء لها. • تيسير الظروف المعيشية، ودعم تطبيق المبادرات الإنمائية المجتمعية، والاقتصادية. • توفير مساحة للناجين لمناقشة قضايا تعافي، وإنعاش الأوضاع (الاقتصادية، القضائية، الرمزية) الواجب تعاطيها بين الأطراف المسئولة.

المهمة أو المجال	التأهب للطوارئ	الحد الأدنى للاستجابة (الواجب القيام بها حتى في خضم حالة الطوارئ، كجزء من الاستجابة الشاملة)	الاستجابة الشاملة (الاستجابة الإضافية المحتملة خلال مرحلتي الاستقرار وإعادة البناء المبكر)
	• وضع آليات لتعبئة موارد الدعم الداخلية، والاستفادة من الموارد الخارجية. • تدريب العاملين القائمين في المجتمع على كيفية تقديم الدعم المناسب في حالات الطوارئ، والإشراف عليهم في هذا الصدد. • صوغ أنشطة دعم اجتماعي يمتلكها ويديرها المجتمع. • وضع خطط مجتمعية لحماية، ودعم نمو الطفولة المبكرة، في حالات الطوارئ.	٣.٥ تهيئة الظروف اللازمة لممارسات التعافي المجتمعي، والثقافي، والروحي، والديني. ٤.٥ تيسير تقديم الدعم إلى صغار الأطفال (من الولادة إلى سن ٨ سنوات)، وإلى مقدمي الرعاية لهم	• تيسير تسجيل الذكريات التاريخية، عن كيفية تعامل المجتمع مع حالة الطوارئ. • مراجعة تعبئة موارد المجتمع، وتيسير توسيع، وتحسين مستوى الدعم الاجتماعي في المجتمع، والمساعدة الذاتية. • تعزيز نظام دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» بما في ذلك آليات الإحالة للغير. • استكشاف سبل إخراج الأيتام من الملاجئ، ومؤسسات الرعاية، وتيسير إيجاد وسائل رعاية مجتمعية بديلة. • وضع حلول للصراعات، وبرامج لتعزيز السلام. • تيسير إعادة التأهيل المجتمعي للأطفال الذين سبق للقوات أو الجماعات المسلحة تجنيدهم أو استغلالهم. • استخراج الجثث من المقابر الجماعية بطريقة مناسبة للثقافة المحلية، مع مواساة الأقارب والأصدقاء. • عقد مناقشات حول العادات والتقاليد الضارة، والنافعة. • بناء القدرات اللازمة لتقديم الرعاية الجيدة للأطفال الصغار، ومقدمي الرعاية لهم.
٦. **الخدمات الصحية**	• تعزيز الإمكانات الوطنية للنظم الصحية، لتقديم دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» في حالات الطوارئ. • رسم خريطة بالموارد، والممارسات الرسمية، وغير الرسمية القائمة. • تعزيز نظم المعلومات الصحية المقسمة، بحسب النوع، والسن، والتي تغطي بيانات الصحة النفسية الرئيسية. • تدريب العاملين على الرعاية السريرية الملائمة ثقافيا لضحايا العنف المرتكز على النوع الاجتماعي، وأشكال العنف الأخرى. • تعريف العاملين بالإسعافات الأولية السيكولوجية. • المواءمة بين قائمة الأدوية الوطنية ونموذج قائمة الأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية، وتجهيز مخزون للطوارئ من أدوية العلاج النفسي. • وضع خطط تأهب للطوارئ على مستوى المؤسسات. • تطبيق استراتيجيات لتقليل التمييز، والآثار الجانبية، على الأشخاص ذوي الأمراض النفسية، أو الإعاقات النفسية أو كليهما.	١.٦ مراعاة اعتبارات نفسية، واجتماعية معينة، عند تقديم خدمات الرعاية الصحية العامة ٢.٦ إتاحة الرعاية للمصابين باضطرابات نفسية حادة ٣.٦ حماية ورعاية، المصابين باضطرابات نفسية حادة، وغيرها من أنواع العجز النفسي، والعصبي، ممن يقيمون في مؤسسات الرعاية ٤.٦ التعرف على نظام التداوي التقليدي، والمحلي، والوطني، والتعاون معها، متى كان ذلك مناسبا ٥.٦ تقليص الأضرار الناجمة عن تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان الأخرى	• تحديث سياسة الصحة النفسية قدر المستطاع. • تعزيز توافر رعاية الصحة النفسية على مستوى عدد كبير من الاضطرابات النفسية المصاحبة لحالات الطوارئ والاضطرابات النفسية السابقة لوقوع حالة الطوارئ، من خلال خدمات الصحة العامة والخدمات المجتمعية. • العمل على ضمان استمرار خدمات الصحة النفسية المستحدثة. • المساهمة، قدر المستطاع، في تبني العلاقات البناءة مع أنظمة العلاج المحلية. • بالنسبة لنزلاء المصحات النفسية، تيسير الحصول على الرعاية المجتمعية، وترتيبات الإعاشة البديلة. • إجراء تقييمات دورية لإمكاني الحصول على الرعاية النفسية، ومدى جودة هذه الرعاية. • زيادة الجهود المبذولة لمكافحة الأضرار الناجمة عن تعاطي المسكرات، ومواد الإدمان الأخرى.

المهمة أو المجال	التأهب للطوارئ	الحد الأدنى للاستجابة (الواجب القيام بها حتى في خضم حالة الطوارئ، كجزء من الاستجابة الشاملة)	الاستجابة الشاملة (الاستجابة الإضافية المحتملة خلال مرحلتي الاستقرار وإعادة البناء المبكر)
	• تطوير الإمكانات اللازمة لمكافحة، وتخفيف الأضرار المرتبطة بتعاطي المسكرات، ومواد الإدمان الأخرى.		
٧. **التعليم**	• رسم خريطة بالموارد الخاصة بالممارسات التعليمية الرسمية، وغير الرسمية القائمة. • تحديد مستويات التعليم، والخيارات المهنية المتاحة للأولاد والبنات، والبالغين الذين لم ينخرطوا في التعليم. • استخدام الأساليب التشاركية، وتدريب المدرسين على عناصر الدعم «النفس – اجتماعي» والإشراف عليهم في هذا المجال. • النهوض بإمكانات النظم التعليمية الوطنية، بخصوص توفير الدعم للصحة النفسية الاجتماعية، من خلال المدارس في حالات الطوارئ. • وضع خطط إدارة أزمات عامة، ونفسية اجتماعية للمدارس. • تعزيز القدرات التثقيفية، لسبل مواجهة الطوارئ، وإدماج أهم قضايا الحماية في المنهج.	١.٧ تعزيز الحصول على تعليم داعم، آمن	• زيادة فرص التحاق المراهقين من البنين والبنات بالتعليم، بما في ذلك التعليم الفني، وتنظيم برامج محو الأمية للكبار. • تأكد أن مناهج التعليم حساسة تجاه الثقافة، والتنوع، والقضايا المتعلقة بالنوع الاجتماعيّ. • رصد وتحسين جودة التعليم. • توفير سبل العيش اللازمة، وعناصر الدعم الضرورية الأخرى المطلوبة للالتحاق بالتعليم، ومكافحة التسرب. • النهوض بمستوى المهارات الحياتية، والتعليم الفني، والمهني. • بناء قدرات الدعم «النفس – اجتماعي» في التعليم الرسمي، وغير الرسمي. • تعزيز التصدي، والاستجابة للعنف، وصور الاستغلال الأخرى داخل المدارس. • إدراج أنشطة تعزيز السلام ضمن العملية التعليمية.
٨. **نشر المعلومات**	• رسم خريطة موارد المعلومات المتاحة، ورصد الفجوات الموجودة في هذه الموارد. • توعية العاملين بالجوانب الأخلاقية المتعلقة بجمع المعلومات. • إتاحة المعلومات لمختلف الجهات المستهدفة. • إعداد استراتيجية فيتوعية بالمخاطرلا لنشر المعلومات الجوهرية في أثناء حالات الطوارئ. • نشر معلومات عن كيفية مكافحة بعض المشكلات، مثل تفرق الأسر، في أثناء حالات الطوارئ. • رفض استغلال وسائل الإعلام للصور المؤذية أو نشر معلومات غير سليمة. • إشراك أصحاب المصلحة الرئيسيين في تكوين واختبار المعلومات الخاصة بالتعايش الإيجابي، ووسائل نشر هذه المعلومات.	١.٨ تزويد المنكوبين بالمعلومات المتعلقة بحالة الطوارئ، وجهود الإغاثة، وحقوقهم القانونية ٢.٨ تيسير الحصول على المعلومات الخاصة بأساليب التكيف الإيجابي	• دعم النظم الموثقة وسهلة الاستخدام في النشر الدقيق للمعلومات • تعزيز مشاركة المجتمع في تصحيح ونشر المعلومات. • النشر المستمر للمعلومات الخاصة بتوافر المساعدات. • تنظيم حملات إعلامية لدعم المصابين بمشكلات عقلية، أو مشكلات نفسية اجتماعية. • متابعة، وتقييم مواد الاتصال.
ج. الاعتبارات الاجتماعية، في مختلف القطاعات			
٩. **الأمن الغذائي، والتغذية**	• دراسة عادات، ومعتقدات إعداد الطعام، وأهم مكونات الوجبات الغذائية لدى المواطنين، قبل وقوع حالة الطوارئ. • متابعة الحصول على المغذيات الدقيقة المعروفة بتأثيرها على النمو السيكولوجي للأطفال.	١.٩ مراعاة اعتبارات اجتماعية، ونفسية معينة عند تقديم الطعام، وتوفير الدعم الغذائي (مثل: توفير المساعدات الآمنة للجميع مع المحافظة على كرامتهم، ومراعاة	• مراجعة، وإجراء التقييمات الدورية الخاصة بالاعتبارات الاجتماعية، والسيكولوجية، عند توفير الأمن الغذائي والتغذية. • تشجيع، وتعزيز الاكتفاء الذاتي من الطعام.

المهمة أو المجال	التأهب للطوارئ	الحد الأدنى للاستجابة (الواجب القيام بها حتى في خضم حالة الطوارئ، كجزء من الاستجابة الشاملة)	الاستجابة الشاملة (الاستجابة الإضافية المحتملة خلال مرحلتي الاستقرار وإعادة البناء المبكر)
	• تخطيط ، وتنظيم عمليات التوزيع العادل وفقا للحاجات.	ممارساتهم الثقافية، والأدوار السائدة داخل الأسرة)	
١٠. المأوى، وتخطيط الموقع	• رسم خريطة للأبعاد الاجتماعية للموارد، والفجوات، والممارسات، والجماعات المعرضة للخطر في الوقت الحاضر، وذلك فيما يتعلق بالمأوى وتخطيط الموقع. • إجراء دراسات تشاركية عن سلامة، وملاءمة المواقع المحتملة. • وضع الخطط اللازمة لتوفير مأوى للجميع في حالة الطوارئ (خاصة للجماعات المعرضة للخطر)، بأسلوب يحافظ على السلامة، والكرامة، والخصوصية، والتمكين. • وضع الخطط اللازمة لتجنب بقاء المواطنين في المخيمات لمدد طويلة. • وضع الخطط اللازمة لتدفئة المأوى (في حالات الطوارئ التي تقع في أجواء باردة).	١.١٠ مراعاة اعتبارات اجتماعية، ونفسية معينة، عند تخطيط الموقع، وتوفير أماكن الإيواء، وتنسيقها (مثل: توفير المساعدة الآمنة للجميع، مع المحافظة على كرامتهم، ومراعاة العادات الثقافية، والاجتماعية)	• مراجعة، وإجراء الدراسات الدورية الخاصة بالاعتبارات الاجتماعية والسيكولوجية، عند تخطيط المأوى، والموقع. • مراعاة العدالة عند توزيع الأراضي، وإقرار التشريعات الخاصة بالحقوق العقارية. • بناء القدرات الحكومية، والمجتمعية، لمراعاة الاعتبارات الاجتماعية، عند تخطيط المأوى، والموقع، لمدد زمنية طويلة.
١١. المياه، والإصحاح	• رسم خريطة للأبعاد الاجتماعية للموارد، والفجوات، والجماعات المعرضة للخطر في الوقت الحاضر، وذلك فيما يتعلق بالمياه، والإصحاح. • وضع الخطط اللازمة لتوفير المياه، والإصحاح للجميع (خاصة للجماعات المعرضة للخطر)، بأسلوب يحافظ على السلامة، والكرامة، والخصوصية، ويحل المشكلات المتعلقة بالعنف.	١.١١ مراعاة اعتبارات اجتماعية معينة عند توفير المياه، والإصحاح (مثل: توفير المساعدة الآمنة والملائمة ثقافيا للجميع، مع المحافظة على كرامتهم)	• مراجعة، وإجراء الدراسات الدورية الخاصة بالاعتبارات الاجتماعية عند توفير المياه، والإصحاح. • بناء القدرات الحكومية، والمجتمعية، لمراعاة الاعتبارات الاجتماعية، عند توفير المياه، والإصحاح، لمدد زمنية طويلة.

الفصل ٣

صحيفة التدابير الخاصة بالحد الأدنى للاستجابة

يتناول هذا الفصل صحف التدابير الخاصة بالحد الأدنى للاستجابة، حيث تُوجد صحيفة تدابير واحدة مخصصة لكل تدبير (حد أدنى للاستجابة)، يتم تغطيتها في العمود الأوسط من المصفوفة المبينة في الفصل ٢.

المهمة أو المجال		عنوان صحيفة التدابير
أ. المهام المشتركة عبر جميع المجالات		
١. التنسيق	١.١	التنسيق بين مختلف القطاعات المعنية بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس– اجتماعية».
٢. التقييم الأولي، والمتابعة، وتقييم النتائج	١.٢	إجراء تقييم للصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية».
	٢.٢	ابتكار نظم تشاركية للمتابعة، والتقييم.
٣. الحماية، ومعايير حقوق الإنسان	١.٣	تطبيق إطار عام لحقوق الإنسان، من خلال دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية».
	٢.٣	تحديد، ومتابعة: مهددات، ومعوقات الحماية، ومكافحتها، والتعامل معها، من خلال الحماية الاجتماعية.
	٣.٣	تحديد، ومتابعة: مهددات، ومعوقات الحماية، ومكافحتها، والتعامل معها، من خلال الحماية القانونية.
٤. الموارد البشرية	١.٤	تحديد، وتوظيف العمالة اللازمة، والاستعانة بمتطوعين على دراية بالثقافة المحلية.
	٢.٤	التطبيق الصارم لمدونات السلوك، والضوابط الإرشادية الأخلاقية للعاملين.
	٣.٤	تنظيم الدورات التوجيهية والتدريبية لعاملي المعونة المعنيين بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية».
	٤.٤	إدارة ومكافحة مشكلات الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» لدى العاملين والمتطوعين.
ب. أهم مجالات دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»		
٥. دعم، وتعبئة المجتمع	١.٥	تهيئة الظروف لتعبئة المجتمع، وتعزيز الشعور بالانتماء وملكية الاستجابة للطوارئ، والرقابة عليها في جميع القطاعات.
	٢.٥	تيسير الدعم الذاتي: المجتمعي والاجتماعي.
	٣.٥	تهيئة الظروف اللازمة لممارسات التعافي المجتمعي، والثقافي، والروحي، والديني.

المهمة أو المجال		عنوان صحيفة التدابير
	٤.٥	تيسير تقديم الدعم للأطفال الصغار (من الولادة إلى سن ٨ سنوات)، وإلى مقدمي الرعاية أليهم.
٦. الخدمات الصحية	١.٦	مراعاة اعتبارات نفسية، واجتماعية معينة، عند تقديم خدمات الرعاية الصحية العامة.
	٢.٦	إتاحة الرعاية للمصابين باضطرابات نفسية حادة.
	٣.٦	حماية، ورعاية، المصابين باضطرابات نفسية حادة، وغيرها من أنواع العجز النفسي، والعصبي، ممن يقيمون في مؤسسات الرعاية.
	٤.٦	التعرف على نظام التداوي التقليدي، والمحلي، والوطني، والتعاون معه، متى كان ذلك مناسبا.
	٥.٦	تقليص الأضرار الناجمة عن تعاطي المسكرات وغيرها من مواد الإدمان الأخرى.
٧. التعليم	١.٧	دعم الحصول على تعليم داعم، وآمن.
٨. نشر المعلومات	١.٨	تزويد المنكوبين بالمعلومات المتعلقة بحالة الطوارئ، وجهود الإغاثة، وحقوقهم القانونية.
	١.٨	تيسير الحصول على المعلومات الخاصة بأساليب التكيف الإيجابية.
ج. الاعتبارات الاجتماعية في مختلف القطاعات		
٩. الأمن الغذائي، والتغذية	١.٩	مراعاة اعتبارات اجتماعية، ونفسية معينة، عند تقديم الطعام، وتوفير الدعم الغذائي (مثل توفير المساعدات الآمنة للجميع، مع المحافظة على كرامتهم، ومراعاة الممارسات الثقافية، والأدوار السائدة داخل الأسرة).
١٠. المأوى، وتخطيط الموقع	١.١٠	مراعاة اعتبارات اجتماعية، ونفسية معينة، عند تخطيط الموقع، وتوفير أماكن الإيواء، وتنسيقها (مثل: توفير المساعدة الآمنة للجميع مع المحافظة على كرامتهم، ومراعاة العادات الثقافية، والاجتماعية).
١١. المياه، والإصحاح	١.١١	مراعاة اعتبارات اجتماعية معينة عند توفير المياه، والإصحاح (مثل: توفير المساعدة الآمنة، والملائمة ثقافيا للجميع، مع المحافظة على كرامتهم).

صحيفة التدابير ١.١

التنسيق بين مختلف القطاعات المعنية بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»

المهمة: التنسيق

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

يستلزم وضع برامج فعالة لدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»؛ التنسيق بين مختلف الأطراف المعنية في شتى القطاعات؛ حيث يتحمل جميع المشاركين في الاستجابة الإنسانية – مسئولية تعزيز الصحة العقلية، والمعافاة «النفس– اجتماعية». ويجب أن يشمل دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» خدمات صحية، وتعليمية، وحمائية، واجتماعية، فضلا عن ضرورة إشراك ممثلين للمجتمعات المنكوبة. وينبغي كذلك أن تتضافر الجهود المبذولة في هذا المضمار مع جهود القطاعات المعنية بتوفير الغذاء، والأمن، والمأوى، والمياه، والإصحاح.

وتساعد جهود التنسيق في إنجاز ما يلي: (أ) تطبيق جوانب الاستجابة الإنسانية كافةً بما يعزز الصحة العقلة، والمعافاة «النفس– اجتماعية». (ب) احتواء الاستجابة الإنسانية على عناصر دعم معينة للصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية». وينبغي على جميع المعنيين بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، أن يتفقوا على استراتيجية عامة، وأسلوب لتقسيم العمل بما يكفل تقديم الدعم للمجتمعات المنكوبة، إبان حالات الطوارئ، بصورة عادلة، حتى يتسنى تحقيق هذا الهدف. وقد يؤدي سوء التنسيق إلى تطبيق برامج غير ملائمة تفتقر إلى الفاعلية والكفاءة – إن لم تترتب عليها أضرار.

ويعترض طريق التنسيق الجيد عدد من الصعوبات الأساسية. ويمثل رأب الفجوة القائمة بين برامج «الصحة العقلية» – التي يتولاها قطاع الصحة، وبرامج «المعافاة النفس – اجتماعية» (التي يتولاها قطاع الحماية) – تحدياً كبيراً في الكثير من حالات الطوارئ. وتزيد درجة التحدي المتعلقة بعملية التنسيق في حالات الطوارئ الكبرى التي تستنفر عدداً كبيراً من الأطراف. فقد تُضعف العناصر الخارجية المواطنين المنكوبين، مما يعرض الإسهامات المحلية في دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، للتهميش، والتقويض. ويتوقف التنسيق الفعال على النجاح في مد جسور الفهم المشترك بين الأطراف ذات الرؤى المتباينة (مثل: الحكومات الوطنية، والجهات المانحة، والمؤسسات الدولية، والمجتمعات المحلية، والمنظمات غير الحكومية)، بالإضافة إلى العمل على حل المشكلات المشتركة، في الوقت المناسب.

التدابير الأساسية

١. تفعيل أو تشكيل مجموعة تنسيق فيما بين القطاعات المعنية بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»:

- تشكيل مجموعة مسئولة عن تنسيق تدابير دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، وعن وضع خطط مشتركة تحدد المهام المطلوبة، والجهة المنوطة بها. ويُوصى

بتشكيل مجموعة واحدة، لتنسيق دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، فيما بين مختلف القطاعات، على أن تشمل هذه المجموعة ممثلين مختصين من قطاعات الصحة، والحماية. وهذه هي أفضل طريقة لتقليص درجة التفكك، والتشرذم، وضمان التعامل بأسلوب متكامل مع جميع الجوانب المتعلقة بالصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، بدءاً من الدعم الاجتماعي المجتمعي وصولاً إلى علاج الاضطرابات النفسية الحادة. ولكن قد يكون من المفيد تشكيل مجموعات فرعية تختص بقضايا محددة (مثل: الدعم «النفس – اجتماعي» في المدارس، وتوفير خدمات رعاية الصحة النفسية، ضمن منظومة الخدمات الصحية).

وتشمل واجبات مجموعة تنسيق دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» التنسيق مع جميع القطاعات المعنية، والجماعات التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، بهدف ضمان القيام بأنشطة تلك القطاعات، والجماعات على النحو الذي يكفل تعزيز الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، واتخاذ تدابير الدعم المعنية، من خلال الجماعات المذكورة.

- تضم عضوية مجموعة تنسيق الدعم ممثلين من أهم الوزارات الحكومية المعنية (مثل وزارات: الصحة، والشئون الاجتماعية، والتعليم)، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية. وينبغي أن تضم مجموعة تنسيق الدعم في عضويتها المشاركين الفاعلين في مجال دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس– اجتماعية» من الجهات الأخرى مثل: الوزارات الحكومية، والنقابات المهنية، والجامعات، والمؤسسات الدينية، والمجتمعية، وجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، على أن تحظى آراء المواطنين وإسهاماتهم، بأقصى درجات التشجيع، على مستويات التنسيق كافة.
- الاستعانة بمجموعات التنسيق القائمة (إن وجدت)، على أن يتم تشكيل مجموعات مؤقتة إن لم توجد. ويتعين على مجموعة تنسيق الدعم أن تتعاون مع جماعات الحماية والصحة وأن تعمل على الاستفادة (إذا كان ذلك مناسبا) من أي آليات تنسيق وطنية، بما في ذلك مواقع الإنترنت المعنية (مثال: مركز المعلومات الإنسانية).
- تكوين مجموعات تنسيق دعم على المستوى الوطني، أو دون الوطني، أو كليهما. هذا بالإضافة إلى تنشيط تبادل المعلومات بين الهيئات على المستوى الدولي. ويجب أن يتم الاتصال، والتنسيق بين مجموعات تنسيق الدعم على المستوى الوطني، ودون الوطني، مع تحديد الأدوار المنوطة بكل منهما تحديدا واضحا (انظر المرجع ٤ فيما يلي للاطلاع على نموذج الأدوار المعنية).
- ضرورة خضوع مجموعات تنسيق الدعم – إذا تيسر – لقيادة جهة وطنية، أو أكثر من جهة وطنية، مع الحصول على الدعم الفني اللازم من المؤسسات الدولية. ويجب أن تتمتع تلك المؤسسات الدولية بالمعرفة اللازمة في مجال دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس– اجتماعية»، وبالمهارات المطلوبة، لعمليات التنسيق الشاملة (يجب ألا يهيمن أسلوب أو قطاع معين على أدائها، وألا يشك الممثلون الرئيسون في الصراعات المسلحة، في أنها منحازة لطرف معين).
- العمل على تقليص صراعات القوى بين أعضاء مجموعة التنسيق، وعلى تيسير مشاركة المجموعات غير الممثلة بالقدر الكافي أو الأقل قوة (عن طريق استخدام اللغات المحلية، واختيار برنامج وأماكن الاجتماعات بعناية).
- مسئولية كل المنظمات عن تنسيق استجاباتها (على ألا يتعارض ذلك مع مبدأ «لا ضرر ولا ضرار»). وينبغي أن تبذل مختلف الجهات الجهود اللازمة؛ لضمان تمتع ممثليها بالصلاحيات، والمعارف، والمهارات المطلوبة؛ للمشاركة الفاعلة، في عمليات التنسيق.

٢. تنسيق تخطيط البرامج، وتطبيقها:

- تتولى مجموعة التنسيق، تنسيق تخطيط، وتطبيق البرامج، فيما يتعلق بهذه الضوابط الإرشادية. وتشمل هذه الجزئية ضمان اتخاذ الحد الأدنى من تدابير دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» على النحو الملائم للأوضاع المحلية، وضمان وصول هذه التدابير إلى المنكوبين، بصورة عادلة، وفي الوقت المناسب.
- يشمل تيسير عملية التخطيط الاستراتيجي فيما بين القطاعات، والوكالات المعنية بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس– اجتماعية» مايلي:
  - تنسيق التقييم الأولي، ونشر نتائجه. (انظر صحفية التدابير ٢.١).
  - تحديد الأولويات المتعلقة بالبرامج، والأولويات الجغرافية.
  - تحديد الفجوات الموجودة في الاستجابات، والعمل على رأبها.
  - العمل على تقسيم المهام بين مختلف الممثلين.
  - تيسير التعاون بين الوكالات بشأن التدابير المشتركة (مثل آليات الإحالة، أو التدريبات المشتركة).
  - تنسيق نشر المعلومات الخاصة بحالة الطوارئ، وجهود الإغاثة، والحقوق القانونية، والرعاية الذاتية، فيما بين المنكوبين. (انظر صحيفتي التدابير ١.٨ و٢.٨).
  - توثيق، ونشر المعلومات المتعلقة بالمناهج، والمواد التي توظفها مختلف الوكالات، والدروس المستفادة من كل وكالة.
  - متابعة، وتقييم، ونشر النتائج. (انظر صحيفة التدابير ٢.٢).

على أن يتم وضع خطة استراتيجية فيما بين الوكالات، إذا كان ذلك مناسبا.

٣. وضع، ونشر ضوابط إرشادية، وتنسيق عملية المناصرة:

- يجب على مجموعة التنسيق أن تقود عملية مواءمة هذه الضوابط الإرشادية وغيرها من الضوابط المعنية، مع الواقع المحلي. ويلزم على مجموعة التنسيق أن تعمل على صوغ ضوابط ارشادية، وسياسات إضافية عن دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» عند الضرورة. ويتعين أن تكون هذه العملية شاملة، جامعة، قدر المستطاع. وينبغي وضع الآليات اللازمة؛ لضمان نشر أقصى درجات الوعي، والالتزام بهذه الضوابط الإرشادية، والسياسات (عن طريق تبنيها من جانب السلطات، والمؤسسات الوطنية العاملة في مجال دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»).
- ينبغي على المجموعة أن تنسق عملية المناصرة لأنشطة دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية». ويتمثل الحد الأدنى من التدابير الأساسية في هذا الصدد فيما يلي: (١) الاتفاق على القضايا الرئيسة للمناصرة عن طريق تحديد العوامل التي لها أكبر الأثر على دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، التي من المرجح – بدرجة كبيرة – أن تتغير من خلال عملية المناصرة، و(٢) تحديد أصحاب المصلحة الرئيسين، مثل: الحكومة، والجماعات المسلحة، ووسائل الإعلام، والجهات المانحة، والمنظمات غير الحكومية، وراسمي السياسات، وغيرها من هيئات التنسيق، فضلا عن صائغي الرسائل الأساسية الموجهة لكل جهة من هؤلاء، و(٣) تحديد الأدوار، والمسئوليات اللازمة لعملية المناصرة ، من مختلف المؤسسات، والمنظمات.

٤. تدبير الموارد:

- يشمل تنسيق أنشطة تدبير التمويل اللازم؛ للتأكد من إدراج دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، بالشكل المناسب، ضمن كل حملة تمويل جماعية، بالإضافة إلى رصد، وتعبئة الأموال اللازمة لأنشطة التنسيق، والمناصرة، تجاه الجهات المانحة.

المصادر الرئيسة

١. Inter-Agency Working Group on Separated and Unaccompanied Children (2005). *Psychosocial Care and Protection of Tsunami Affected Children: Inter-Agency Guiding Principles.* http://www.iicrd.org/cap/node/view/383

٢. The Mangrove: Psychosocial Support and Coordination Unit, Batticaloa, Sri Lanka. http://www.themangrove.blogspot.com/

٣. Psychosocial/Mental Health Coordination. Inter-governmental Meeting of Experts Final Report, Annex V, Jakarta, 4-5 April 2005. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

٤. Palestinian Code of Conduct for Psycho-Social Interventions, 4 October 2001. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

٥. World Health Organization (2003). *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf

Arabic: http://www.who.int/mental_health/media/en/692.pdf

عينة مؤشرات العملية

- تم تشكيل مجموعة تنسيق دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس– اجتماعية» على المستوى المحلي، أو الوطني، أو كليهما، متضمنة أطرافاً من مختلف القطاعات، بما في ذلك قطاعات الصحة، والحماية، والتعليم.

مثال: **إقليم آتشيه بإندونيسيا، ٢٠٠٥**:

- تلقت السلطات الصحية بالإقليم، خلال العمليات الإنسانية، في أعقاب إعصار تسونامي، المساعدة من مؤسستين تابعتين للأمم المتحدة، عملتا على تنسيق الجهود المبذولة كافةً، في إطار أنشطة دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية».
- تم تشكيل مجموعة عمل نفسية اجتماعية مشتركة بين الوكالات بإقليم آتشيه. وشارك في الاجتماعات الأسبوعية لهذه المجموعة ما يربو على ٦٠ وكالة عاملة في القطاعات الاجتماعية، والصحية، وقطاعات الحماية. وكانت مجموعة العمل النفسية الاجتماعية تصدر تقارير لكل من مجموعة التنسيق الصحية، ومجموعات تنسيق حماية الأطفال.
- صاغت مجموعة العمل «النفس – اجتماعية» المشتركة بين الوكالات، بإقليم آتشيه، «مبادئ البرنامج «النفس – اجتماعي» للإقليم»، ولاقت هذه المبادئ رواجاً كبيراً، وتم استخدامها على نطاق واسع.

صحيفة التدابير ١.٢

إجراء تقييم للصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»

المهمة: التقييم الأولي، والمتابعة، وتقييم النتائج
المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

تزودنا التقييمات الخاصة بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» في حالات الطوارئ، بما يلي: (أ) استيعاب أوضاع حالة الطوارئ، و(ب) تحليل مهددات، وإمكانات الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، و(ج) تحليل الموارد اللازمة؛ حتى يتسنى، بالتشاور مع أصحاب المصلحة، تحديد مدى الحاجة إلى استجابة ما، وطبيعة هذه الاستجابة المطلوبة.[١]

ويجب توثيق تجارب المنكوبين في حالات الطوارئ، والكيفية التي وقعت بها ردود أفعالهم ازاءها، ومدى تأثير حالة الطوارئ على صحتهم العقلية، ومعافاتهم «النفس – اجتماعية». وينبغي أن تسجل عملية التقييم كيفية تعامل الأفراد، والمجتمعات، والمؤسسات مع حالة الطوارئ. وبالإضافة إلى ذلك يتعين أن يتناول التقييم بالبحث الموارد فضلا عن الاحتياجات، والمشكلات. وتشمل الموارد مهارات التعايش، والمهارات الحياتية لدى الأفراد، وآليات الدعم الاجتماعي، والتدابير المجتمعية، وإمكانات الحكومات، والجمعيات الأهلية. ولا غنى بطبيعة الحال عن استيعاب كيفية دعم المنكوبين بما ينعكس إيجابا على دعم احتياجات الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية». وإلى جانب ما سبق ينبغي أن يتم التقييم كجزء من عملية مستمرة لتجميع، وتحليل البيانات، بالتعاون مع أصحاب المصلحة الرئيسين، ولا سيما المنكوبين، بهدف النهوض بمستوى البرامج المطبقة.

التدابير الأساسية

١. ضمان تنسيق التقييم الأولي:

- تنسيق التقييم مع المنظمات الأخرى المعنية بدراسة قضايا الصحة والمعافاة «النفس – اجتماعية». ويتمتع تنسيق التقييم بأهمية خاصة لضمان التوظيف الفعال للموارد، والوصول إلى أدق، وأشمل مستويات الفهم لموقف دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، وتجنب تحميل المواطنين بتقييمات متكررة بلا داعٍ.
- يجب على مختلف المنظمات – بداية – أن تحدد التقييمات التي تمت بالفعل، وأن تراجع المعلومات المتاحة (مثل: إجراء بحث مكتبي، عقد مقابلات مع المنظمات الأخرى، ومراجعة المعلومات المتاحة عن الدولة المعنية (مثل الأدبيات، والنشرات الإثنية الديموغرافية السابقة، والمعطيات حول نظام الصحة النفسية). ويجب ألا تقوم تلك المنظمات بتقييمات ميدانية إلا عند الضرورة.
- يتعين على المنظمات أن تطلع مجموعة التنسيق (انظر صحيفة التدابير ١.١) على القضايا التي تقوم المنظمات بدراستها، ومكان، وكيفية إجرائها، ويجب عليها أن تكون مستعدة لتعديل دراساتها إذا لزم الأمر، ولتبادل المعلومات المتاحة لديها مع الغير.
- تقوم المجموعات المختلفة (الهيئات الحكومية، منظمات الأمم المتحدة، المنظمات غيرحكومية... الخ)، في معظم حالات الطوارئ، بتجميع المعلومات المتعلقة بشتى جوانب دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» (على النحو الموضح في الجدول الوارد أدناه) في مناطق جغرافية متعددة. وينبغي على مجموعة التنسيق أن تساعد في تحديد المنظمات المعنية بجمع المعلومات، ونوعية هذه المعلومات، وأماكن توافرها، وأن تعمل قدر المستطاع على توفير جميع المعلومات المبينة في الجدول، فيما يتعلق بالمنطقة المنكوبة. ويتعين على مجموعة التنسيق أن تساعد المنظمات في القيام بهذه الخطوات، بالطرق المناسبة، وبشكل منسق، (عن طريق وضع أدوات أساسية موحدة). ويجب أن يتم فحص، وتحليل المعلومات بصفة دورية، وتقاسمها بين مختلف المنظمات المعنية.
- يجب أن تتضمن التقييمات التي تجريها القطاعات كافةً اعتبارات اجتماعية معينة، بما في ذلك الدراسات التي تقوم بها قطاعات الخدمات المجتمعية، والحماية، والصحة، والتعليم، والمأوى، والغذاء، والمياه، والإصحاح. (انظر صحيفة التدابير الخاصة بكل قطاع/مجال).

٢. تجميع، وتحليل المعلومات الأساسية المتعلقة بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»:

يستعرض الجدول الوارد أدناه المعلومات الأساسية التي يجب توفيرها للمنظمات العاملة في مجال دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، (مع العلم بأن كل منظمة تركز على جوانب معينة ترتبط بشكل خاص بالمسؤوليات المنوطة بها).

- يجب أن يقوم التقييم الأولي على تجميع المعلومات بحسب: السن، والجنس، والموقع (كلما أمكن). ويشمل ذلك تحديد الجماعات المعرضة للخطر في المجتمع، واحتياجاتها، وإمكاناتها الرئيسة. ويتضمن الفصل ١ – بالوصف – الجماعات التي يغلب تعرضها للخطر.
- يجب تحديد الاحتياجات، والموارد الخاصة، بمختلف فئات المنكوبين، سواء المنكوبين الذين تعرضوا للتوتر، واحتفظوا بثباتهم، أو من فقدوا ثباتهم نتيجة لاضطرابات نفسية حادة.

نوعية المعلومات	تتضمن عناصر المعلومات
المعلومات الديموغرافية، والسياقية المعنية	• حجم السكان، وحجم الجماعات الفرعية من السكان (وموقعها إذا كان ذا صلة)، والذين قد يكونون معرضين لخطر معين. (انظر الفصل الأول) • معدل الوفيات، ومسبباتها. • الحصول على الاحتياجات المادية الأساسية (مثل: المأكل، المأوى، المشرب، الإصحاح، الرعاية الصحية والتعليم). • انتهاكات حقوق الإنسان، والأطر الحمائية العامة. (انظر صحيفة التدابير ١.٣، ٢.٣ و٣.٣) • الهياكل، والمتغيرات: الاجتماعية، السياسية، الدينية، والاقتصادية (مثال: قضايا الأمن والصراعات، بما في ذلك التقسيمات العرقية، والدينية، والطبقية، والجنسية، في داخل المجتمعات). • التغيرات في الأنشطة الاجتماعية، والحياة اليومية للمجتمع. • المعلومات الأثينجغرافية عن الموارد، والعادات، والأدوار، والمواقف الثقافية (المواقف تجاه الاضطرابات النفسية، والعنف المبني على النوع الاجتماعي، وسلوك طلب المساعدة).
تجربة الطوارئ	• تجارب المنكوبين في حالات الطوارئ. (استيعابهم للأحداث وأهميتها، القضايا المرصودة، والعواقب المتوقعة).
مشكلات الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»	• أعراض التوتر السيكولوجي، والاجتماعي، بما في ذلك المشكلات السلوكية، والعاطفية (مثال: النزعة العدوانية، الانسحاب من المجتمع، اضطرابات النوم)، والمؤشرات المحلية للتوتر. • أعراض اضطراب السلوك، والوظائف اليومية. • تعطل آليات التكافل، والدعم الاجتماعي (مثل: تعطل أنماط الدعم الاجتماعي، والصراعات العائلية، والعنف، وتقويض القيم المشتركة). • المعلومات الخاصة بالأشخاص المصابين باضطرابات نفسية حادة، (كتلك التي يتم الحصول عليها من خلال نظم معلومات الخدمات الصحية). (انظر صحيفة التدابير ٢.٦ للمزيد من التفاصيل).

نوعية المعلومات	تتضمن عناصر المعلومات
الموارد المتاحة للصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»	• الطرق التي يساعد بها الناس أنفسهم، والآخرين – أي: طرق التكيف/الاستشفاء (مثل: المعتقدات الدينية، أو السياسية، وطلب العون من الأسرة، والأصدقاء). • الطرق التي يكون السكان قد لجأوا إليها من قبل؛ للتصدي للأحداث الضارة. • نوعيات الدعم الاجتماعي (تحديد المساعدين المهرة، والموثوقين في المجتمع)، ومصادر تكافل المجتمع (استمرار الأنشطة المجتمعية الاعتيادية، صنع القرارات الجامعة، الحوار والاحترام فيما بين الأجيال، دعم الجماعات المهمشة أو المعرضة للخطر).
الإمكانيات، والأنشطة التنظيمية	• هيكل برامج الدعم «النفس – اجتماعي»، وأماكنها، وعناصرها البشرية، ومواردها في مجال الخدمات الاجتماعية والتعليمية، وأثر حالة الطوارئ على الخدمات. • هيكل برامج رعاية الصحة النفسية، وأماكنها، وعناصرها البشرية، ومواردها في قطاع الصحة. بما في ذلك: السياسات، وتوافر الأدوية، ودور مستشفيات الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات النفسية... الخ (انظر: أطلس الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية الخاص بالبيانات الأساسية عن ١٩٢ بلداً)، وأثر حالة الطوارئ على الخدمات. • رسم خريطة المهارات «النفس – اجتماعية» لممثلي المجتمع (مثل: الأخصائيين الاجتماعيين، والرموز الدينية أو المستشارين). • رسم خريطة الشركاء المحتملين، ومدى وجودة/محتوى المواد التدريبية السابقة، في مجال دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية». • رسم خريطة دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، أثناء حالات الطوارئ.
البرامج المطلوبة، والبرامج المتاحة	• التوصيات الصادرة عن مختلف الأطراف المعنية. • المدى الذي يتم به تطبيق التدابير المذكورة في هذه الضوابط الإرشادية الصادرة عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. • دور نظم الإحالة فيما بين، وداخل القطاعات الصحية، والاجتماعية، والتعليمية، والمجتمعية، والدينية.

٣. إجراء التقييم الأولي مع مراعاة الجوانب الأخلاقية، وباتباع أسلوب تشاركي:

- **المشاركة**: ينبغي – قدر المستطاع – أن يتخذ التقييم شكل عملية تشاركية تعاونية تضم أصحاب المصلحة المعنيين بما في ذلك الحكومات، والجمعيات الأهلية، والمؤسسات الدينية والمجتمعية، والفئات المنكوبة. ويمثل التقييم التشاركي الخطوة الأولى في الحوار مع المنكوبين. وتتجاوز الفائدة المتحققة من هذا الحوار – إذا تم بالشكل الصحيح – توفير المعلومات، إلى مساعدة الأفراد للسيطرة على أوضاعهم عن طريق التعاون والمشاركة في تحديد المشكلات، والموارد، والحلول المحتملة (انظر صحيفة التدابير ١.٥ و٢.٥). ويجب الحصول على تغذية ارتجاعية من المشاركين حول النتائج، وسير الدراسة، كما ينبغي إشراك المنكوبين في تحديد حالات المعافاة، وحالات التوتر.
- **الشمول**: يتعين أن يشمل التقييم مختلف قطاعات المنكوبين، بما في ذلك الأطفال، والشباب، والنساء، والرجال، والعجائز، ومختلف الجماعات الدينية، والثقافية، والاجتماعية، والاقتصادية. كما يجب أن تعمل على إشراك قادة المجتمع ، وأخصائيي التعليم، والصحة، والأخصائيين الاجتماعيين، فضلا عن ضرورة استهداف التقييم – التصحيح بدلاً من تعزيز أنماط الاستبعاد.
- **التحليل**: ينبغي أن تتناول مختلف التقييمات الموقف بالتحليل، مع التركيز على تحديد الأولويات الخاصة بالتدابير، وليس مجرد الاكتفاء بجمع المعلومات، وسردها في تقارير.
- **الانتباه إلى الصراع**: ينبغي على القائمين بالتقييم عند العمل في مواقف الصراع أن يكونوا على دراية بالأطراف المتصارعة وبديناميكياتها. ويجب الانتباه إلى ضرورة التزام الحياد، والاستقلالية، وتجنب إشعال التوترات، والصراعات الاجتماعية، أو تعريض أفراد المجتمع، أو العاملين للخطر. ولا يُنصح بإجراء التقييمات التشاركية في بعض المواقف، وذلك عندما يُعرض طرح الأسئلة، المُسْتَجوِبين والمُسْتَجْوَبين للخطر.
- **الملائمة الثقافية**: يتعين أن تكون منهجيات التقييم (بما في ذلك المؤشرات، والأدوات) مراعية، ومناسبة للواقع، والثقافة السائدة. ويجب أن يضم فريق التقييم أفرادا على دراية بالواقع المحلي يُعرف عنهم – قدر المستطاع – عدم إثارتهم لريبة المواطنين الذين تتم مقابلتهم، على أن يحترم هؤلاء الأفراد العادات، والممارسات المحلية، والثقافية. وينبغي أن يتجنب التقييم استخدام مصطلحات قد تؤدي إلى الوصمة في إطار السياق الثقافي المحلي.
- **المبادئ الأخلاقية**: يجب احترام خصوصية المُسْتَجْوَبين، وسريتهم، ومصالحهم. وينبغي الحرص – طبقا لمبدأ «لا ضرر ولا ضرار» – على تجنب بث آمال غير واقعية أثناء عملية التقييم (مثال: يتعين إفهام المُسْتَجْوَبين أن القائمين بالتقييم قد لا يتمكنون من العودة إليهم مرة أخرى إذا لم يتوافر التمويل اللازم). ويتعين تجنب توجيه الأسئلة التطفلية. وينبغي على المنظمات أن تبذل كل جهد ممكن لضمان أن يشارك جميع أفراد المجتمع الخاضعين للدراسة بمحض إرادتهم. ويجب أن يتمتع من يجرون مقابلات مع الأطفال، أو الجماعات الأخرى، من ذوي الاحتياجات الخاصة (مثل ضحايا العنف المبني على النوع الاجتماعي)، بالمهارات، والخبرة المناسبة. ويجب أن تتجه أولوية تقديم خدمات دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» إلى من يحتاجون إلى الخدمات المتاحة منها.
- **فرق التقييم الأولي**: يجب تدريب القائمين بالتقييم على المبادئ الأخلاقية المذكورة أعلاه، وأن يتمتعوا بمهارات الحوار الأساسية وملكات الاتصال الشخصي المتميزة. وينبغي أن يظهر فريق التقييم الحياد تجاه الجنسين، وأن يكون على دراية بسبل دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، والواقع المحلي.
- **أساليب جمع البيانات**: تشمل الأساليب النوعية المعنية بجمع البيانات: الأدبيات، والأنشطة الجماعية (مثل مجموعات النقاش المركزة)، وإجراء المقابلات مع أهم مصادر المعلومات، والملاحظة، والمشاهدات، والزيارات الميدانية. وقد تتحقق الفائدة أيضا من الأساليب الكمية مثل الاستقصاءات الموجزة، والمراجعات التي تتم للبيانات المتاحة لدى النظم الصحية. ومن المحبذ – قدر المستطاع – أن تتعدد مصادر المعلومات؛ من أجل مضاهاتها، بعضها مع بعض، والتأكد من صحتها ومصداقيتها. وفي الغالب تتسم المسوح التي تستهدف دراسة توزيع معدلات الاضطرابات النفسية الناجمة عن الطوارئ (المسوح النفسية الوبائية) بالصعوبة، وكثرة المصادر المطلوبة، فضلا عن كونها مثيرة للجدل، في معظم الأحيان، ومن ثم تخرج هذه النوعية من الاستطلاعات عن نطاق الحد الأدنى من الاستجابة (انظر المربع أدناه). ومن البدائل المفيدة اللجوء إلى البيانات المتاحة في الأدبيات العالمية، لتكوين صورة تقريبية عن التوقعات. (انظر صحيفة التدابير ٢.٦ للاطلاع على مثال من هذه التوقعات).
- **الديناميكية، ودقة المواعيد**: يجب أن تتم التقييمات بالسرعة المطلوبة حتى يتسنى استخدام نتائجها بفاعلية في تخطيط البرامج اللازمة للطوارئ. ومن المناسب – في الغالب – أن يتم إجراء التقييم بطريقة ديناميكية مرحلية تتكون من مرحلتين، على سبيل المثال:

  ١. التقييم الأولي («السريع») الذي يركز في الغالب على استيعاب التجارب، وتفهم الموقف الحالي للمنكوبين، بالإضافة إلى الوقوف على الإمكانات المجتمعية والمؤسسية، والثغرات الموجودة في البرامج. وتستغرق هذه النوعية من التقييمات ما بين أسبوع إلى أسبوعين.

٢. التقييم التفصيلي، وهو أعمق، وأشمل، ويتناول مختلف القضايا المبينة في الجدول المذكور سلفا، وتتطور بتطور حالة الطوارئ.

٤. تجميع وبث نتائج التقييم:

- يجب أن تطلع المنظمات، ومجموعة التنسيق والمنظمات المعنية الأخرى، على نتائج التقييم في الوقت المناسب، بحيث يسهل على جميع أفراد المجتمع الاطلاع عليها. ولا يجوز أن تُنشر على العامة أية معلومات خاصة أو معلومات قد تكشف عن هوية أفراد، أو مجتمعات معينة، أو أية معلومات قد تعرض أيا من المنكوبين، أو العاملين للخطر. ولا يجوز الإفصاح عن هذه المعلومات إلا بما يصب في مصلحة حماية المنكوبين، أو العاملين، على ألا يتم ذلك إلا من خلال الممثلين المعنيين.
- يتعين على مجموعة التنسيق أن توثق، وتفحص، وتراجع، وتنشر نتائج التقيمات على الأطراف المعنية كافةً (إتاحة التقييمات على شبكة الإنترنت، وعقد جلسات تغذية ارتجاعية مع المجتمعات المعنية).
- ينبغي على ممثلي دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، أن يعتمدوا على التقييمات، والضوابط الإرشادية في تخطيط، ومتابعة، وتقييم البرامج. (انظر صحيفة التدابير ٢.٢).

المصادر الرئيسة:

١. Action by Churches Together (ACT) Alliance, Lutherhjalpen, Norwegian Church Aid and Presbyterian Disaster Services (2005). *Community Assessment of Psychosocial Support Needs*. Chapter 6, Community Based Psychosocial Services: A Facilitator,s Guide. http://www.svenskakyrkan.se/tcrot/lutherhjalpen/psychosocialservices/pdf/psychosocialservices.pdf

٢. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). *Participation of Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*. Assessments, Chapter 3. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf

٣. Bolton P. (2001). Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness (Phase II). CERTI, Johns Hopkins University, World Vision. http://www.certi.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm

٤. Médecins Sans Frontières (2005). Field Assessments. Chapter 1, Part III, *Mental Health Guidelines: A Handbook for Implementing Mental Health Programmes in Areas of Mass Violence*. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf

٥. Silove D., Manicavasagar V., Baker K., Mausiri M., Soares M., de Carvalho F., Soares A. and Fonseca Amiral Z. (2004). 'Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation'. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38:929-32. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

٦. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Initial Assessment, pp.29-33. http://www.sphereproject.org/handbook/ Arabic version: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

٧. UNICEF East Asia and Pacific Office and Regional Emergency Psychosocial Support Network (2005). *Handbook of Psychosocial Assessment for Children and Communities in Emergencies*. http://www.crin.org/docs/Handbook%20new%20update.pdf

٨. World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas*. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

عينة مؤشرات العملية

- تصمم المنظمات تقييماتها مع مراعاة الاستفادة من المعلومات الخاصة بالصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» التي جمعتها بالفعل.
- يتم تجميع، وبث المعلومات الخاصة بتقييم دعم الصحة العقلية، والمعافاة النفسية الاجتماعية (على النحو المبين أعلاه من قبل مجموعة التنسيق، على سبيل المثال).

المسوح الوبائية للاضطرابات النفسية، والتوتر النفسي

توفر المسوح الوبائية التي يتم إجراؤها على عامة السكان ما يلي: (أ) تحديد معدلات الاضطرابات النفسية المختلفة، وأعراض التوتر على مستوى المجتمع ككل، و(ب) رصد عوامل الخطر المصاحبة (الإناث على سبيل المثال أكثر عرضة للخطر)، وعوامل الحماية (مثل: الاشتغال بعمل معين)، ونسب الاستفادة بالخدمات، والعوامل المؤثرة على طلب المساعدة. ومن الممكن الاستفادة من هذه المسوح (إذا تم إجراؤها بالشكل المناسب) في تخطيط البرامج، وأنشطة المناصرة، وتوفير قاعدة مطورة من الأدلة، تتم الاستفادة منها في وضع البرامج، وتطوير المعرفة العلمية. بالإضافة إلى أنه يمكن من خلال تكرار تلك المسوح أن تتم متابعة مدى تحقق الشفاء الطبيعي (الشفاء التلقائي دون تدخل مخطط)، للعديد من الأفراد في المجتمع.

غير أن هناك العديد من التحديات أمام إجراء مسوح وبائية مفيدة، وسليمة في حالات الطوارئ. وحتى الآن لم تنجح الغالبية العظمى من المسوح في التفريق بين الاضطرابات النفسية، والتوتر غير المرضي. وعادة لا يتم التحقق من سلامة الأدوات

المستخدمة في مثل تلك المسوح إلا خارج نطاق حالات الطوارئ، في حالات طلب المساعدة، والحالات السريرية، التي يكون توترها – في غالب الظن – عرضاً للباثولوجيا النفسية، لا يشبه ما يتعرض له الإنسان العادي في مجتمع يمر بحالة الطوارئ. ومن ثم يبدو أن عددا كبيرا من هذه المسوح قد بالغ في تقدير معدلات الاضطرابات النفسية، مما أعطى انطباعاً غير صحيح بأن نسبة كبيرة من المواطنين قد تكون في حاجة إلى رعاية سريرية سيكولوجية، أو نفسية. وعلى النسق نفسه فإنه لم يتسنَ التحقق من ملاءمة الأدوات المستخدمة في الغالبية العظمى من المسوح، التي تمت في الماضي، للثقافة السائدة، مما يلقي بمزيد من ظلال الشك على كيفية تفسير النتائج.

وقد أثبتت التجربة أنه ينبغي توافر قدر كبير من الخبرة لإجراء مسوح نفسية بالسرعة المطلوبة؛ حتى يتسنى إحداث الأثر المطلوب منها على البرامج في خضم حالة الطوارئ. وبرغم أن المسوح النفسية الجيدة التطبيق قد تشكل جزءاً من الاستجابة الشاملة، إلا أن هذه المسوح تتجاوز الحد الأدنى من الاستجابات، والتي يتم تعريفها في هذه الضوابط الإرشادية باعتبارها الاستجابات الأساسية التي تحتل سلم الأولويات، والتي ينبغي تطبيقها فور وقوع حالة الطوارئ. (انظر الفصل ١).

ويتعين في حالة إجراء المسوح النفسية الوبائية، في سياق متأثر بحالات الطوارئ، أن يتم إعطاء اهتمام خاص لما يلي: (أ) التحقق من ملاءمة الأدوات للوضع المحلي (انظر «بولتون» تحت عنوان المصادر الرئيسة)، و(ب) أن يتضمن المسح دراسة المؤشرات التي ترتبط بمشكلات الصحة النفسية الحادة (مثل: الميل إلى الانتحار، عدم القدرة على إعالة النفس والأسرة، والسلوكيات الغريبة، والخطر على الغير، والمؤشرات المحلية الخاصة بالاضطراب الحاد للسلوك اليومي (انظر في ٥ تحت عنوان المصادر الرئيسة).

صحيفة التدابير ٢.٢

وضع نظم تشاركية للمتابعة، والتقييم

المهمة: التقييم الأولي، والمتابعة، وتقييم النتائج

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

يمثل التقييم الأولي، والتخطيط، والمتابعة، وتقييم النتائج – جزءاً من نفس دورة البرنامج. وتمثل المتابعة في حالات الطوارئ عملية دورية لتجميع، وتحليل المعلومات اللازمة، لعملية صنع القرارات الإنسانية المتعلقة بالأنشطة القائمة فعلاً، أو المحتمل استحداثها. ويشمل التقييم تحليل الصلات بين الأنشطة الجارية، أو المستكملة، ومدى فاعليتها. وباختصار: يتمثل هدف المتابعة، والتقييم في تحسين التدابير الإنسانية، عن طريق جمع المعلومات المتعلقة بعملية التطبيق، وأثر المساعدات، واستخدام هذه المعلومات في توجيه، وإرشاد عمليات تطوير، وتحسين البرامج ، في إطار سياق متغير.

ومن المستحب أن تعتمد عملية المتابعة والتقييم على أسس منهجية تشاركية (انظر قسم المصادر الرئيسة). ويعني هذا أنه ينبغي على المجتمعات المنكوبة أن تشارك – أقصى مشاركة ممكنة – في جوانب عملية المتابعة، والتقييم كافة، بما فيها مناقشة النتائج وتداعياتها. (انظر صحيفة التدابير ١.٥ للاطلاع على وصف مختلف لمستويات المشاركة المجتمعية).

وتركز صحيفة التدابير ٢.١ على عملية التقييم الأولي، وتتناول بالوصف أنواع البيانات الواجب تجميعها، كجزء من الدراسة المبدئية. وتركز هذه الصحيفة أيضا على أنشطة المتابعة، والتقييم اللاحقة.

التدابير الأساسية

١. تحديد مجموعة المؤشرات الخاصة بالمتابعة وفقاً لمجموعة محددة من الأنشطة، والأهداف المتوخاة:

- يعتمد الاختيار الدقيق للمؤشرات على مرامي البرنامج، وما هو مهم، وما هو ممكن، في ظل حالة الطوارئ.
- يجب صوغ مؤشرات العمليات، ومدى الرضا عنها، والمحصلات النهائية لها، بما يتماشى مع الأهداف المحددة سلفا.
  - **مؤشرات العمليات:** تتناول بالوصف الأنشطة، وتغطي نوعية، وكمية، وشمول، واستخدام الخدمات، والبرامج (مثل: عدد اجتماعات المساعدة الذاتية).
  - **مؤشرات الرضا:** تتناول بالوصف رضا المنكوبين عن الأنشطة المنفذة (مثل: عدد الأشخاص الذين يعبرون عن آراء سلبية، أو محايدة، أو إيجابية عن البرنامج). ومن الممكن اعتبار مؤشرات الرضا فرعا من مؤشرات العمليات.

• **مؤشرات النتائج**: تتناول – بالوصف – التغير في حياة الناس، في ضوء الأهداف المحددة سلفاً. ويتمثل الهدف منها في وصف مدى نجاح، أو فشل التدخل. وبرغم وضوح مغزى مؤشرات النتائج في معظم الحالات (مثل: مستوى السلوك اليومي)، إلا أن تحديد مفهوم «النجاح» في أي برنامج «نفس – اجتماعي»، ينبغي أن يكون جزءاً من المناقشات التشاركية مع المنكوبين.

- برغم أن مؤشرات العمليات، ومؤشرات الرضا، تُعتبر أدوات مفيدة للتعلم من الخبرات والتجارب، إلا أن مؤشرات النتائج تزودنا بأوفر، وأقوى البيانات اللازمة لاتخاذ أي تدبير مستنير.
- يوفر تجميع البيانات الخاصة بالمؤشرات، في خضم حالات الطوارئ، الحد الأدنى من المعلومات اللازمة، ليس فقط للحد الأدنى من الاستجابات (مثل الاستجابات الواردة في هذه الوثيقة)، وإنما أيضا للتدابير الإنسانية الشاملة، وطويلة المدى.
- ينبغي أن تكون المؤشرات (محددة، وقابلة للقياس والتحقيق، وذات صلة، وملتزمة بالمواعيد).
- لا يتسنى في المعتاد سوى متابعة عدد محدود من المؤشرات بمرور الوقت. ويجب اختيار المؤشرات عملا بمبدأ «ما قل ودل». ويتعين أن يتم تعريف المؤشرات بحيث تسهل دراستها دون الرجوع إلى النشاط اليومي للفريق أو المجتمع.
- ينبغي تقسيم البيانات المتعلقة بالمؤشرات حسب: السن، والنوع الاجتماعي، والموقع (كلما أمكن).

٢. إجراء الدراسات بأسلوب أخلاقي، وتشاركي:

- تنطبق نفس مبادئ القياس الخاصة بالدراسات على عملية المتابعة، والتقييم. انظر التدبير الرئيس ٣ من صحيفة التدابير ١.٢ للاطلاع على مناقشة تفصيلية للقضايا المتعلقة بالمشاركة، والشمول، والتحليلات، ومواقف الصراع، والملائمة الثقافية، والمبادئ الأخلاقية، وفرق التقييم، وأساليب جمع البيانات، بما في ذلك المسوح النفسية الوبائية.
- يجب أن يتم قياس المؤشرات الخاصة بتدخلات المتابعة والتقييم قبل وبعد التدخل؛ للوقوف على حدوث أي تغيير من عدمه. ولكن قد تكون هناك حاجة إلى استخدام تصميم أكثر دقة؛ لتحديد ما إذا كان التدخل قد أحدث تغييرا أم لا. وفي الغالب تخرج هذه التصميمات عن نطاق الحد الأدنى من الاستجابة، التي يتم تعريفها في هذه الضوابط الإرشادية باعتبارها الاستجابات الأساسية ذات الأولوية الكبرى، التي ينبغي تطبيقها، بأسرع ما يمكن، فور وقوع حالة الطوارئ.
- يجب الجمع بين البيانات الكمية، والبيانات النوعية المعنية (مثال: الشهادات المستقاة من انطباع الأفراد للتدخل).

٣. استخدام المتابعة للتأمل، والتعلم، وإحداث التغيير:

- من الممكن تجميع البيانات المتعلقة ببعض المؤشرات المختارة بصفة دورية، على أن يتم البدء في تجميع البيانات، في أثناء حالة الطوارئ، ومتابعتها لاحقاً، لمدة شهور، أو سنوات. مثال: إذا تم إجراء نوعية معينة من الدراسات، أو التحليلات، في خضم إحدى حالات الطوارئ، فمن الممكن تكرار العملية نفسها في مراحل لاحقة (مثال: كل ٦ شهور أو ١٨ شهراً)، بهدف فحص التغيرات، ومساعدة أصحاب المصلحة، على إعادة النظر في التدابير، على النحو اللازم.
- يجب توزيع النتائج الرئيسة المستقاة من المتابعة والتقييم على جميع الأطراف المعنية، بما في ذلك الحكومات وهيئات التنسيق والمنكوبين. وينبغي أن يتم توزيع المعلومات التي تهم المواطنين المنكوبين بطريقة ميسرة (استخدام اللغات المحلية وصياغة مفهومة للبسطاء، وأشباه الأميين).
- من المفيد – من أجل تيسير عمليات التفكير، والتعلم، والتغيير – أن يتم تنظيم حوارات تفاعلية، بوصفها وسيلة للاسترجاع، والتفكير، في فحوى المعلومات، وكيفية تعديل الأنشطة، في ضوء ما تم التوصل إليه.

المصادر الرئيسة

١. Action Aid International. *Participatory Vulnerability Analysis: A step-by-step guide for field staff.* http://www.actionaid.org.uk/wps/content/documents/PVA%20final.pdf

٢. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP). Chapter 6: 'Monitoring'; Chapter 7: 'Evaluation'. In *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp.193-227. http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm

٣. Bolton P. and Tang A.M. (2002). 'An alternative approach to cross-cultural function assessment'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 37:537-43. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

٤. Bragin M. (2005). 'The community participatory evaluation tool for psychosocial programmes: A guide to implementation'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict* 3, 3-24. http://www.interventionjournal.com/downloads/31pdf/03_24%20Bragin%20.pdf

٥. Cohen R.N. (2004). *Introducing Tracer Studies: Guidelines for Implementing Tracer Studies in Early Childhood Programmes* (available in English and Spanish). Bernard van Leer Foundation. http://www.bernardvanleer.org/publications/Browse_by_series/publications_results?getSerie=Books%20and%20Monographs

٦. International Institute for Environment and Development (IIED). *Participatory Learning and Action (PLA Notes).* http://www.iied.org/NR/agbioliv/pla_notes/backissues.html (see specifically notes 13 and 24, which cover PRA monitoring and evaluations)

٧. Psychosocial Working Group (2005). *Reflections on Identifying Objectives and Indicators for Psychosocial Programming*. http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/PWG_OI_.pdf

عينة مؤشرات العملية

- يتم تعريف العمليات، ومؤشرات النتائج المحددة، القابلة للقياس، وللتحقيق، وذات الصلة، والملتزمة بالمواعيد، فيما يتعلق ببرامج دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية».
- يتم تقييم المؤشرات بصفة دورية، إن أمكن.
- يشترك جميع الأطراف المعنيين (بما في ذلك المنكوبين) في جوانب عمليات المتابعة والتقييم كافة، التي تشمل مناقشة النتائج، وتداعياتها.

السلفادور، ٢٠٠١

- وضعت السلطات المحلية، وإحدى فرق المعافاة النفسية الاجتماعية التابعة لإحدى الجامعات المحلية، وجمعية أهلية دولية – نظام متابعة، وتقييم ، في مخيم ضم ١٢ ألف منكوب، في أعقاب وقوع زلزال.
- تم في إطار هذا النظام تجميع بيانات كمية، ونوعية عن الدعم المتبادل، والتكافل، والتضامن، والأمن، والقيادة، وعمليات صنع القرار، وكيفية الحصول على معلومات حديثة، وموقف السلطات المعنية، ونسبة التوظيف، وأنشطة التطبيع، وموقف التماسك المجتمعي، والأوضاع المستقبلية. وتم في ظل ذلك النظام إجراء مسح على مستوى القاعدة مع متابعة المسح كل ثلاثة شهور من خلال عينة عشوائية تضم ٧٥ خيمة. ويقوم خمسة متطوعين في كل مرة بتجميع البيانات، في خلال ٢٤ ساعة فقط.
- بعد ثلاثة شهور: رصد نظام المتابعة والتقييم تراجعاً كبيراً في الدعم المتبادل، ودرجة التكافل، والتضامن. وتم اتخاذ الإجراءات المناسبة (مثل إعادة ترتيب توزيع الخيام، وأدوات الطهي، والأنشطة الجماعية). وبعد ذلك بثلاثة شهور تبين من خلال المسح زيادة معدلات الثقة، وروح القيادة، وتعزيز عمليات صنع القرار، مما دل على أن العمل أصبح يسير في الاتجاه الصحيح.

صحيفة التدابير ٣.١
وتطبيق إطار عام لحقوق الإنسان، من خلال دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»

المهمة: الحماية، ومعايير حقوق الإنسان
المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

تتفاقم انتهاكات حقوق الإنسان في معظم حالات الطوارئ، إذ يتسم العديد من هذه الحالات بانتهاكات لحقوق الإنسان. ومن أمثلة ذلك: التشرد، وتفكك الأسرة، والهياكل الاجتماعية، وتعذر الحصول على الاحتياجات الإنسانية، وتآكل منظومات القيم التقليدية، وانتشار ثقافة العنف، وضعف الحكم، وغياب المساءلة، وتعذر الحصول على الخدمات الصحية. ويُعد عدم احترام حقوق الإنسان – في الغالب الأعم – من الأسباب الجوهرية وراء نشوب الصراعات المسلحة، ومن التداعيات الوخيمة التي تعقبها، ناهيك عن تفاقم تداعيات الكوارث، من جراء انتهاكات حقوق الإنسان، وضعف الأداء الحكومي.

ويتناول الفصل الأول الجماعات التي قد تكون أكثر عرضة لأخطار بعينها، ومن بينها الأشخاص المهددون نتيجة لانتماءاتهم السياسية، فهم أكثر عرضة لانتهاكات حقوق الإنسان، ومواجهة المخاطر المتزايدة الناجمة عن التوتر الانفعالي، والمشكلات «النفس – اجتماعية»، والاضطرابات العقلية.

في حالات الطوارئ تنشأ علاقة وثيقة بين تعزيز الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» من ناحية، وحماية وتعزيز حقوق الإنسان من ناحية أخرى. وتسهم عملية المناصرة لتطبيق معايير حقوق الإنسان، مثل حق الحصول على الخدمات الصحية، والتعليم، أو عدم التعرض للتمييز، في خلق بيئة حمائية فضلا عن دعم الحماية الاجتماعية (انظر صحيفة التدابير ٢.٣)، والحماية القانونية (انظر صحيفة التدابير ٣.٣). وتضع عملية تعزيز معايير حقوق الإنسان الدولية الأساس اللازم للمساءلة، وتوفر الإجراءات المطلوبة، لوضع حد لسياسات التمييز، وسوء المعاملة، والعنف. ومن شأن اتخاذ الخطوات اللازمة لتعزيز، وحماية حقوق الإنسان، أن يقلل من المخاطر التي يتعرض لها المتضررون من حالة الطوارئ.

وفي الوقت نفسه فإن المساعدات الإنسانية تعين الأفراد على التمتع بحقوق عدة، فضلا عن دورها في تقليل انتهاكات حقوق الإنسان. فقد يزيد تمكين الجماعات المعرضة للخطر من الحصول على المسكن، أو المياه ، أو الإصحاح – فرصها من الاستفادة من الأغذية الموزعة، ويحسن صحتها، ويقلل مخاطر التمييز، والاستغلال، التي قد تتعرض لها. وإضافة إلى ما تقدم، فإن الدعم «النفس – اجتماعي»، بما في ذلك دعم المهارات الحياتية، ورفع مستويات المعيشة للنساء والفتيات، قد يقلل من مخاطر الاضطرار إلى اللجوء إلى سبل ضارة كمحاولة للنجاة، مثل ممارسة الدعارة، التي قد تعرضهن للمزيد من مخاطر انتهاكات حقوق الإنسان. وينبغي إعطاء العناية الكافية لتجنب تعريض المجموعات المهمشة للوصمة، عن طريق قصر المساعدات، عليهم دون غيرهم.

وحيث إن تعزيز حقوق الإنسان، وتعزيز الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» صنوان متلازمان، فإن العاملين في مجال الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، يتحملون مسئولية مزدوجة. أولا: وكما هو مبين في التدابير الأساسية ١–٣ أدناه، يجب على العاملين في هذا المجال أن يتأكدوا من أن برامج الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» تدعم حقوق الإنسان. وثانياً: وكما هو مبين في التدابير ٤–٥ أدناه، ينبغي على العاملين في هذا المجال أن يقبلوا تحمل جميع المسؤوليات المنوطة بالعاملين في مختلف الأنشطة الإنسانية، بغض النظر عن القطاع الذي ينتمون إليه، بهدف تعزيز حقوق الإنسان، وحماية الأفراد المعرضين للخطر، من سوء المعاملة، والاستغلال.

التدابير الأساسية

١. الدعوة إلى الالتزام بمعايير حقوق الإنسان الدولية الخاصة بكل أشكال دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» في حالات الطوارئ:

- اعمل على تعزيز توفير خدمات شاملة وغير تمييزية، وتجنب وضع من يعانون من اضطرابات نفسية في مصحات علاجية، واحترم حرية: التفكير، والضمير، والدين، عند تقديم خدمات الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية».
- ساعد متلقي دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» على الإلمام بحقوقهم.
- احترم دائما حق الناجين في السرية، والموافقة المستنيرة (إطلاع الناجين على المعلومات اللازمة قبل الحصول على موافقتهم على أية تدابير أو إجراءات)، بما في ذلك حق رفض تلقي العلاج.
- اعمل على حماية ضحايا انتهاكات حقوق الإنسان من خطر تعرضهم لآثار جانبية نتيجة لإدراجهم ضمن برامج أوسع نطاقا.

٢. تطبيق عمليات دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، بالشكل الذي يعزز، ويحمي حقوق الإنسان:

- اجعل حقوق الإنسان جزءا لا يتجزأ من عمليات تصميم، وتنفيذ، ومتابعة، وتقييم برامج الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» في حالات الطوارئ، ولاسيما فيما يتعلق بالأفراد المعرضين للأخطار، بالإضافة إلى إبراز حساسية مسألة حقوق الإنسان في البرامج النفسية الاجتماعية.
- اعمل مع الأطراف المعنية الأخرى على كافة المستويات (العائلية، والمجتمع، والجمعيات الأهلية، والوطنية، والحكومات)، بهدف ضمان استيعابهم لمسؤولياتهم.

• إذا كان ذلك مناسبا، استخدم المناقشات المتعلقة بحقوق الإنسان كوسيلة لتعبئة المجتمعات بهدف توكيد حقوق الإنسان الخاصة بها، وتقوية الدعم الاجتماعي، على مستوى المجتمع. (انظر المثال ص ٦١).

• قم بتحليل أثر البرامج على انتهاكات حقوق الإنسان الحالية أو المستقبلية (المحتملة).

• ابحث إمكان اطلاع منظمات حقوق الإنسان على المعلومات المستقاة من البرامج المذكورة، إذا كان ذلك مناسبا. وقد يشمل هذا الإجراء إطلاع تلك المنظمات على شهادات تطوعية للناجين دون الكشف عن هوية أصحابها، في إطار أغراض أنشطة المناصرة. ومن المهم أن تتم دراسة، وبحث المخاطر المحدقة بالمستفيدين، والعاملين التابعين لجهات محلية، أو دولية، وأن يتم الالتزام الصارم بمعايير الخصوصية، وحماية البيانات، والسرية، واحترام مبادئ الموافقة المستنيرة.

٣. التركيز على حقوق الإنسان، والحماية عند تدريب العاملين المعنيين:

• توفير التدريب اللازم لجميع العاملين التابعين لجهات محلية أو دولية، من مختلف القطاعات، وللعاملين في مجال الخدمات الصحية، والاجتماعية، المختصين بالخدمات المتاحة، قبل وقوع حالة الطوارئ، إلى جانب المسئولين الحكوميين، بما في ذلك عناصر الشرطة والجيش.

• جعل الحقوق الجوهرية للمنكوبين ضمن المكونات الرئيسة لتدريب العاملين على مدونات السلوك. (انظر صحيفة التدابير ٢.٤).

• تأكيد ضرورة إدراج الأثر النفسي الاجتماعي لانتهاكات حقوق الإنسان على الناجين ضمن التدريبات المقدمة للعاملين في منظمات حقوق الإنسان، وللمسئولين الحكوميين، وتأكيد الحاجة إلى تطبيق تقنيات مقابلات شخصية مناسبة، تحترم الناجين، وتراعي الأثر السيكولوجي للأحداث.

• المناصرة بالتعاون مع منظمات حقوق الإنسان لحاجة الناجين إلى الدعم النفس – اجتماعي، وتزويدهم بالمعلومات اللازمة عن هياكل الدعم المتاحة.

٤. وضع آليات متابعة، وتقارير، لحالات سوء المعاملة، والاستغلال، وذلك في سياق الخدمات الإنسانية، والخدمات المتاحة، قبل وقوع حالة الطوارئ:

• توجيه اهتمام خاص نحو الأفراد الأكثر عرضة للخطر.

• انظر صحيفة التدابير ٢.٤ للاسترشاد بها.

٥. تقديم استشارات محددة للبلدان بشأن كيفية المواءمة بين التشريعات والسياسات والبرامج الوطنية المعنية، وبين المعايير الدولية، فضلاً عن تعزيز التزام الجهات الحكومية (المؤسسات والشرطة والجيش... الخ) بتلك المعايير:

يتعين أن تبدأ المناصرة فور وقوع حالة الطوارئ، على أن تُوضع في الحسبان الحاجة إلى اتخاذ الإجراءات اللازمة لمكافحة العنف، وسوء المعاملة، وللتأكيد على المساءلة بشأن انتهاكات الحقوق. ويجب تعزيز السياسات الداعمة لمبدأ الحق والعدل، وتصحيح الأوضاع. ومن أمثلة الجهود المبذولة في نطاق المناصرة ما يلي:

• وضع حد للهجمات على المستشفيات، والمدارس، والأسواق.

• إنهاء التمييز ضد الأقليات.

• مكافحة تجنيد الأطفال في القوات، أو الجماعات المسلحة.

• تسريح الأطفال من الجماعات المسلحة، وإطلاق سراحهم، من الاحتجاز غير القانوني.

• مكافحة حالات العنف الجنسي، والتعامل معها (بما في ذلك الاستغلال الجنسي، وتجارة الجنس).

• تيسير الحصول على الخدمات الإنسانية في مجال الدعم، وإعادة التأهيل.

من الممكن بحث سبل تحقيق أقصى درجات الاستجابة لحالات عدم الالتزام أو الانتهاكات البدنية، عن طريق طرح هذه القضية للمناقشة مع الأطراف المعنية، أو على المستوى الدولي، أو من خلال وسائل الإعلام، وعن طريق تحقيق التوازن بين الأثر المحتمل لأي تدخل والمخاطر المحدقة بالمستفيدين، والعاملين التابعين لجهات محلية، أو دولية.

المصادر الرئيسة

المواثيق الدولية لحقوق الإنسان

١. يمكنك الاستعراض التفصيلي للمواثيق الدولية المعنية بحقوق الإنسان، بما في ذلك النصوص الكاملة، ومدى التصديق عليها، على ما يلي:

http://www.ohchr.org/english/law/index.htm

Arabic: http://www.ohchr.org/arabic/law/index.htm

The website contains:

- the UN International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966)
- the UN International Covenant on Civil and Political Rights (1966)
- the General Comment 14 on the right to the highest attainable standard of health adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights in May 2000, (E/C.12/2000/4, CESCR dated 4 July 2000)
- the UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (1991)
- the Geneva Conventions (1949) and the additional Protocols to the Conventions (ICRC, 1977).
- the Rome Statute of the International Criminal Court (1998)
- the UN Convention of the Rights of the Child (1989) and the Optional Protocols to the Convention (2000)
- the UN Convention Relating to the Status of Refugees (1951)
- the UN Convention for the Elimination of all Forms of Racial Discrimination (1965)
- the UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979) and the Optional Protocol to the Convention (1999).

الضوابط الإرشادية والكتيبات

٢. Amnesty International, International Human Rights Standards and Organisations, in Campaigning Manual, chapter 6, www.amnesty.org/resources/pdf/campaigning-manual/chapter6.pdf. (To access the full manual: http://web.amnesty.org/pages/campaigning-manual-eng).
Arabic: http://www.amnesty.org/arabic/

٣. Health and Human Rights Info. http://www.hhri.org

٤. OCHA (forthcoming). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.

٥. Slim H. and Bonwick A. (2005). *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies.* http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/protection/alnap_protection_guide.pdf

٦. Tearfund. *Setting the Standard: A common approach for child protection in NGOs.* http://tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Topics/Child%20Protection%20Policy.pdf

٧. UN Guiding Principles on Internal Displacement (1998).
http://www.unhchr.ch/html/menu2/7/b/principles.htm
Arabic: http://www.unhchr.ch/pdf/principles_arab.pdf

٨. UNICEF and the Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (3002). *Guide to the Optional Protocol on Children in Armed Conflict*. http://www.unicef.org/publications/files/option_protocol_conflict.pdf

٩. UNICEF. A *Principled Approach to Humanitarian Action*, e-learning course. www.unicef.org/path

---

عينة مؤشرات العملية

- التزام برامج الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، بمعايير حقوق الإنسان الدولية، وتصميم هذه البرامج، بهدف حماية المواطنين من العنف، وسوء المعاملة، والاستغلال.
- التدريب الموجه للعاملين في برامج الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» يتضمن جرعات مركزة عن حقوق الإنسان.
- وضع آليات ملائمة لمتابعة حالات سوء معاملة المدنيين، واستغلالهم، ورفع تقارير بها.

الأراضي الفلسطينية المحتلة، ٢٠٠٠

- قامت إحدى الوكالات التابعة للأمم المتحدة بدعم ورش عمل، ناقش في أثنائها مراهقون أدوارهم في المجتمع، على خلفية الصراع الدائر، الذي كان يقوض حقوقهم في: التعليم، والصحة، والحماية من العنف، والمشاركة، وما إلى ذلك.
- شعر كثير من المراهقين بانعدام الأمل، ورأى بعضهم أن العنف هو الحل الوحيد، بينما رأى البعض الآخر ضرورة انتهاج طرق سلمية لحماية حقوقهم.
- اتفق المراهقون على ما يلي: إنشاء منتدى للمراهقين يدافعون فيه عن حقوقهم من خلال إجراء مناقشات مع صناع القرار الفلسطينيين، واستخدام وسائل الإعلام لشرح موقفهم، وحقوقهم، وآرائهم، حول الإجراءات الواجب اتخاذها، مع العمل كمتطوعين متدربين في المنشآت الصحية، وعقد أنشطة ترفيهية للأطفال الأصغر سنا، ووضع نظام دعم بين الأقران.
- نجحت هذه البرامج، بفضل طرح خيارات جيدة على الشباب للمشاركة في مجتمعهم، وتوكيد حقوقهم، في خلق إحساس بوجود هدف معين في الحياة، فضلاً عن تعزيز التكافل، والتضامن، وبث الأمل، وتحويل المراهقين إلى نماذج بناءة، ومحترمة في المجتمع.

صحيفة التدابير ٢.٣

تحديد، ومتابعة مهددات، ومعوقات الحماية، ومكافحتها، والتعامل معها، من خلال الحماية الاجتماعية

المهمة: الحماية، ومعايير حقوق الإنسان
المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

تتشابك – في تعقد بالغ أثناء حالات الطوارئ – علاقة التأثير المتبادل بين مهددات الحماية من ناحية، والصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» من ناحية أخرى. وغالبا ما يذكر الناجون أن أقصى الضغوط التي تعرضوا لها تعزى إلى مهددات مثل المهاجمة، والاضطهاد، والاضطرار إلى التشرد، والعنف المرتكز إلى النوع الاجتماعي، والانفصال عن العائلة، والتعرض للاختطاف، والفقر المدقع، والاستغلال، وسوء المعاملة. وتسفر هذه المشكلات المتعلقة بالحماية عن معاناة مباشرة، فضلا عن احتمال تعارضها مع إعادة بناء الشبكات الاجتماعية، والحس المجتمعي، وهما من العوامل الداعمة للسلامة النفسية، والاجتماعية. وقد تفاقِم حالات الطوارئ من تباينات القوى بين المواطنين المنكوبين، مما يزيد من استضعاف الأفراد المهمشين بالفعل.

وقد يؤدي عدم الالتفات إلى القضايا المتعلقة بالحماية إلى أن ينصب تركيز دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» على النتائج، ويتجاهل الأسباب الحقيقية القائمة. ومن ثم يُعد تعزيز البيئة الحمائية جزءاً لا يتجزأ من الدعم «النفس – اجتماعي». وقد يترتب على قضايا المعافاة «النفس – اجتماعية»، والصحة العقلية – أيضا – مهددات للحماية. ولنأخذ مثالا لذلك بالأطفال الذين فقدوا ذويهم، ويتعرضون للتوتر البالغ، فإنهم يواجهون مخاطر متزايدة بالعيش في الشوارع، والتعرض للاستغلال، أو الانضمام إلى الجماعات المسلحة، في بعض حالات الطوارئ. وبالإضافة إلى ذلك فإن الأشخاص الذين يعانون من إعاقات نفسية حادة يهيمون على وجوههم، مما يعرضهم لأخطار، ومهددات لا يتعرض لها غيرهم.

وتستدعي الحماية وجود آليات قانونية واجتماعية، حيث تنطوي الحماية القانونية على تطبيق اتفاقيات حقوق الإنسان الدولية (انظر صحيفة التدابير ١.٣) والقوانين الدولية والوطنية (انظر صحيفة التدابير ٣.٣). أما الحماية الاجتماعية، وهي محور صحيفة التدابير هذه، فتتجسد من خلال تنشيط، وتدعيم الشبكات الاجتماعية، والآليات المجتمعية التي تقلل من المخاطر، وتفي بالحاجات الملحة. وتُعتبر الحماية مسئولية مشتركة بين البلدان والمواطنين المنكوبين والمجتمع الإنساني (انظر مدونة السلوك الخاصة بالحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث).

وبوسع العاملين في مجال الأنشطة الإنسانية، سواء من المواطنين المنكوبين أو من الوكالات الخارجية أو كليهما أن يسهموا في توفير الحماية بطرق عدة. ومن أهم الخطوات في هذا الصدد: تقديم المساعدات في مختلف القطاعات (انظر صحف التدابير ١.٩، ١.١٠ و١.١١)، بأسلوب يدعم المستضعفين، ويرد لهم كرامتهم، ويساعد على إعادة بناء الشبكات الاجتماعية. وتُجنى أفضل ثمار الحماية الاجتماعية عندما ينظم المواطنون المحليون أنفسهم لمجابهة محددات الحماية، حيث يستطيعون – بفضل هذا التنظيم – تنمية الشعور بالانتماء، والتمكين، وتعزيز آليات الحماية المضمونة باستمرار. ويُكمل هذا العملَ غيرَ التخصصي الجهدُ المبذول من قبل أخصائيي الحماية. فعلى سبيل المثال يتناول العاملون أصحاب الخبرة في مجال حماية الأطفال نقاط الضعف الخاصة بالأطفال، في حين تكون هناك حاجة – في الوقت نفسه – إلى جهد أخصائيي الحماية لبناء إمكانات الحماية المحلية. ومن ثم توجه صحيفة التدابير هذه، التي بين أيدينا، إلى المتخصصين، وغير المتخصصين، على حد سواء.

التدابير الأساسية

١. الاستفادة من التقييمات المتخصصة للحماية؛ لمعرفة: متى، أين، وكيف تجمع المعلومات، حول مهددات الحماية؟

يجب أن يتولى إجراء الكثير من أنشطة تقييم الحماية، أخصائيون يتمتعون بالخبرة الفنية اللازمة، ويستوعبون السياق الاجتماعي. أما غير المتخصصين فيتعين عليهم تجنب إجراء الدراسات والتقييمات المتعلقة بقضايا حساسة مثل الاغتصاب، أو التعذيب، أو الاحتجاز. ولا يعني ذلك عدم وجود دور لغير المتخصصين؛ إذ يتعين – على سبيل المثال – على المعلمين أن يكونوا ملمين بمخاطر حماية الأطفال، وبكيفية جعل التعليم آمنا. ولا يُكتب لعمل غير المتخصصين النجاح إلا إذا اعتمد على عمل المتخصصين، عن طريق ما يلي:

- الإطلاع على ما تم رصده من مهددات للحماية.
- مناقشة أخصائيي الحماية قبل الشروع في أنشطة الحماية الاجتماعية.
- الإلمام بالقنوات المتاحة للإبلاغ عن القضايا المتعلقة بالحماية.

• تقييم أية أخطار (بالنسبة للمُسْتَجْوِبين أو المُسْتَجْوَبين أو العاملين في مجال المساعدات أو السكان المحليين)، فيما يتعلق بطرح الأسئلة، حيث يجب توجيه الأسئلة التالية إلى أهم مصادر المعلومات الموثوق بها من مختلف الجماعات الفرعية أو الطوائف:

  • ما هو الحد المسموح به حتى تظل عملية طرح الأسئلة آمنة؟
  • ما هو الزمان والمكان المناسبين لتوجيه الأسئلة بأمان؟
  • كيف يمكن تجنب إحداث الضرر؟

  ويجب قبل توجيه الأسئلة لضحايا التعذيب أن نسأل أنفسنا: هل سيترتب على توجيهها تعريض أي من أقربائهم وذويهم للخطر؟ ومن هو الشخص الأنسب لتوجيه الأسئلة بأمان؟ وأين ومتى ينبغي إجراء المقابلة؟ وما المخاطر التي قد يتعرض لها الضحايا المُسْتَجْوَبون، انتقاما منهم بعد إجراء المقابلة؟

٢. إجراء دراسة تشاركية متعددة القطاعات لمهددات، وإمكانات الحماية:

• إجراء تحليل للوضع الراهن للمخاوف المتعلقة بالحماية:

  • انظر صحيفة التدابير ١.٢ للاسترشاد عن كيفية إجراء الدراسات بأسلوب أخلاقي، وتشاركي مناسب.
  • يجب أن يضم أعضاء فريق العمل أفرادا من الجماعة المنكوبة، يتمتعون بالتدريب والدعم، شريطة أن يثبت حيادهم، والتحقق من السلامة لجميع المشاركين.
  • تحديد ما إذا كان من المقبول مناقشة القضايا الحساسة المتعلقة بالحماية مع كل فرد على حدة أم في جلسات جماعية؟
  • رصد مهددات الحماية في مجموعة متنوعة من الظروف (مثل: المخيمات، والطرق التي يسلكها الناس بحثا عن المياه أو أخشاب التدفئة، وأماكن التعليم غير الرسمي، والأسواق)، ومن أمثلة هذه المهددات: العنف المرتكز على النوع الاجتماعي، ومهاجمة المدنيين، والنزوح الاضطراري، والاختطاف، وتجنيد القُصَّر، والاتجار غير المشروع، والاستغلال، والأعمال المحفوفة بالمخاطر، والألغام الأرضية، والتعرض لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وإهمال نزلاء المؤسسات، على أن يتم تجنب الاعتماد على منهج القوائم التفقدية، الذي قد «يُعمي» فريق التقييم عن مهددات الحماية الأخرى، أو المستجدة.

• الاهتمام بتجنب إلحاق الأذى والضرر اللذين قد يترتبان على أسئلة من النوع التالي:

  • ما هي العوامل التي تسبب العنف؟ ومن هم الجناة؟
  • هل ما زال الجناة موجودين؟ وهل يهددون المواطنين أو الأفراد الذين يعرضون توفير الحماية؟
  • هل حدث انفصال عن الأسرة؟ وهل ما زالت حالة الانفصال قائمة؟
  • أين الأطفال الذين انفصلوا عن الأسرة أو الأطفال الذين يعيشون بمفردهم دون رعاية البالغين؟
  • ماذا ألم بكبار السن والمعوقين؟
  • ماذا ألم بنزلاء المصحات والمستشفيات؟
  • ما هي المخاوف المتعلقة بالسلامة والأمن في الوقت الحالي؟

• تحليل إمكانات الحماية المحلية، وتوجيه أسئلة من قبيل ما يلي:

  • كيف كانت جماعات المجتمع تتعامل في الماضي مع مهددات الحماية المماثلة؟ وكيف يتصرف الناس في الوقت الحالي؟
  • كيف أثرت الأزمة على نظم الحماية، وآليات التعايش القائمة فيما مضى؟
  • أين تتواجد الأطراف التي توفر الحماية في العادة؟
  • هل تخلق بعض مصادر الحماية المفترضة (مثل أفراد الشرطة، أو الجنود، أو قوات حفظ السلام، أو المدارس) مهددات للحماية؟

• تجميع أكبر قدر ممكن من البيانات المقسمة بحسب العمر، والجنس.
• وضع بروتوكولات، وضوابط إرشادية خاصة بالموافقة المستنيرة، والتوثيق، والتخزين، وتبادل المعلومات السرية.
• تنبيه جميع فرق التقييم من مختلف القطاعات، وكذا آليات التنسيق، إلى مخاوف الحماية المرصودة.

٣. تنشيط أو خلق آليات الحماية الاجتماعية، مع بناء إمكانات الحماية المحلية عند الحاجة:

• حسبما هو مناسب للسياق، تعبئة الأفراد الذين لهم دور (أو سبق أن كان لهم دور) في تنظيم الرعاية أو الحماية على مستوى المجتمع، مع العمل على تمثيل النساء والجماعات الأخرى المعرضة للمخاطر.
• إذكاء الوعي على المستوى المحلي بكيفية الإبلاغ عن انتهاكات الحماية.
• تشكيل مجموعة عمل للحماية (إذا تيسر) ترتكز على المبادرات القائمة كلما أمكن، وتضم ممثلين متنوعين (يشملون منظمات حقوق الإنسان)، وتقوم بدور جهة التنسيق

المختصة بشئون الحماية بالنسبة لممثلي الأعمال الإنسانية. وتقدم مجموعات عمل الحماية المساعدة اللازمة لمتابعة قضايا الحماية، والاستجابة لها، ويمكن تشكيل مثل هذه المجموعات على مستوى القرى أو المخيمات أو على مستوى مناطق جغرافية أوسع. وينبغي أن يكون لهذه المجموعات أدوار محددة مثل سد ثغرات الحماية، وتبادل ما توصلت إليه من أفضل الممارسات مع الغير.

- تنظيم متخصصي الحماية بهدف بناء إمكانات مجموعة عمل الحماية إذا لزم الأمر، ويشمل ذلك المواد المتعلقة بالمخاطر التي يواجهها أصحاب الإعاقات الذهنية.
- الربط بين مجموعة عمل الحماية كلما أمكن، وبين آليات الحماية الأخرى في المناطق المجاورة، مع تكوين شبكات الحماية الإقليمية التي تتبادل المعلومات المتعلقة بالمهددات.
- تيسير الحصول على التعليم بوصفه أحد إجراءات الحماية (انظر صحيفة التدابير ١.٧)، مع الحرص على استيعاب القائمين على العمليات التعليمية لكيفية جعل التعليم آمنا.

٤. رصد مهددات الحماية، مع تبادل المعلومات مع الوكالات المعنية وجميع الأطراف المعنية بالحماية:

- تتبع مهددات، ومتغيرات الحماية، من حيث طبيعتها، وكثافتها، وأنماطها، وتركزها في مختلف الأماكن مثل المدارس، والأسواق.
- تبادل المعلومات بصفة منتظمة مع كل الأطراف المعنية بالحماية، وإتاحة قاعدة بيانات مركزية لمختلف الوكالات، مع تقسيم بياناتها بحسب العمر، والنوع الاجتماعي، من خلال مجموعات عمل الحماية، وشتى المنظمات الفاعلة، والمعنية بقضايا الحماية.
- توفير أماكن لتبادل المعلومات (انظر صحيفة التدابير ١.٨) فيما يتعلق بمهددات الحماية، وقضايا الأمن، بحيث يتمكن المواطنون المنكوبون، والعاملون في الوكالات المختلفة، من خلالها، من تقديم المعلومات، للحد من انتشار الشائعات.
- حماية السرية، وتبادل المعلومات، وفقا للضوابط الإرشادية التي تضعها مجموعات عمل الحماية.

٥. الاستجابة لمهددات الحماية عن طريق اتخاذ التدابير المناسبة؛ التي تسترشد باحتياجات المجتمع:

- التأكد من قيام التدخلات على أساس المشاورات مع المجتمعات المنكوبة، وعلى أساس مشاركتها كلما أمكن.
- الاستفادة من النجاحات المحققة على مستوى المجتمع، والارتكاز إليها عند الاستجابة للمهددات، وضرورة بث الاستراتيجيات التي وضعها المجتمع (أو القطاع المعني في المجتمع) لحماية نفسه.
- تنظيم استجابات اجتماعية مناسبة للحماية، مثل:
  - توفير مساحات آمنة (انظر صحيفة التدابير ١.٥)، يستطيع الأطفال والبالغون أن يجتمعوا فيها، لمناقشة الخطوات اللازمة، لرفع مستوى الحماية، والمعافاة.
  - وضع النظم اللازمة لتحديد الأطفال المنفصلين عن ذويهم (انظر الضوابط الإرشادية بين الوكالات المعنية بالأطفال الوحيدين والمنفصلين عن ذويهم في قسم المصادر الرئيسة)، وتسجيل أسمائهم، وتوثيقها، وتتبعهم، ولم شملهم، واتخاذ ترتيبات العناية المؤقتة بهم.
  - توفير الدعم اللازم في حالة الطوارئ في الساحات، أو المراكز الآمنة، أو الأماكن المخصصة للأفراد والأسر المستضعفة للغاية.
  - تفعيل الجهود المحلية لحل النزاعات.
  - تفعيل الجهود المحلية لمساعدة أكثر الأفراد عرضة للمخاطر. (انظر صحيفة التدابير ٢.٥).
  - توفير منح صغيرة، إذا كان ذلك مناسبا، للتخفيف من وطأة المهددات الاقتصادية للمعافاة.
  - دعم التدابير المحلية لتقليص المخاطر الناجمة عن الألغام الأرضية، والذخائر غير المنفجرة، والآبار غير المغطاة.
  - مقاومة قيام الجماعات الخارجية بنقل الأيتام أو الفتيات غير المتزوجات أو غيرهم من الأفراد المعرضين للمخاطر لأماكن أخرى.
- تنظيم الدعم المقدم لضحايا التحرش، الذين يعانون توترا سيكولوجيا حادا. (انظر صحيفة التدابير ٢.٥ و١.٦).
- تجنب تمييز أو استهداف جماعات فرعية لتقديم المساعدة لها، ما لم يكن مثل هذا الإجراء ضروريا لمنع وقوع ضرر أكبر. ومن شأن الدعم المتكامل أن يساعد على تقليل التمييز، فضلا عن أنه قد يعزز الترابط الاجتماعي. وعلى سبيل المثال: يجب تكوين مجموعات مختصة بشئون النساء عموماً، وليست مختصة بشئون المغتصبات منهن فقط.
- إدراج الحماية ضمن قطاعات المساعدات الإنسانية كافةً، التي تشمل ما يلي:
  - متابعة الأغذية عقب التوزيع لضمان وصولها إلى الأطفال، والمحتاجين الآخرين.

- متابعة برامج الإيواء لضمان حصول الأفراد الذين قد يحتاجون مساعدات خاصة، على الدعم اللازم المتمثل في الحصول على المأوى الملائم.
- مراعاة قرب مرافق الإصحاح من أماكن المعيشة، وأن تكون جيدة الإضاءة، وآمنة للنساء، والأطفال.
- وضع استراتيجية متعددة القطاعات بشأن العنف المرتكز على النوع الاجتماعي، متى اقتضت الحاجة.

٦. مكافحة مهددات الحماية، من خلال مزيج من البرامج، وأنشطة الدعوة والتأييد الفعال:

- إلزام العاملين المعنيين بالشؤون الإنسانية بمدونات السلوك التي تحمي الأطفال، وتحظر الاستغلال، والتحرش الجنسي. (انظر صحيفة التدابير ٤.٢).
- وضع استراتيجية للمناصرة بالتعاون مع السكان المحليين، ومجموعات التنسيق المعنية، تتناول القضايا المحورية من قبيل:
  - التدابير اللازمة لحماية السلامة الجسدية، وأمن السكان المحليين.
  - الحاجة إلى المرونة والتمويل طويل المدى للاستجابة للمهددات المعقدة والمتغيرة.
  - ترتيبات الرعاية المناسبة للأطفال نزلاء الملاجئ أو المصحات.
- وضع تدابير معينة بشأن كيفية وصول وسائل الإعلام إلى الأفراد المعرضين للمخاطر، مع مراعاة أن الاهتمام الإعلامي قد يؤدي إلى ما يلي: (أ) هجمات انتقامية ضد الأطفال المجندين في وقت سابق أو ضد ضحايا حوادث الاغتصاب . و(ب) التوتر المصاحب لانتهاكات السرية، أو المقابلات الجماعية، أو توجيه أسئلة غير ملائمة. و(ج) الوصمة الناجمة عن العزلة.
- توفير المعلومات بطرق يفهمها الناس، مما يمكنهم من اتخاذ قرارات مستنيرة، بشأن قضايا الحماية الرئيسة. (انظر صحيفة التدابير ٨.١).

المصادر الرئيسة

١. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2005). *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies*. http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm

٢. IASC (2002). *Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action*. http://www.icva.ch/files/gstree.pdf

٣. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp Arabic: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20Arabic.pdf

٤. IASC (2006). *Protecting Persons Affected By Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters*. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/IASC%20Operational%20Guidelines%20final.pdf

٥. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004). *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. Save the Children UK. http://www.unhcr.org/cgibin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4098b3172

٦. IFRC and ICRC (1994). *The Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief*. http://www.ifrc.org/publicat/conduct/index.asp

٧. InterAction (2004). *Making Protection a Priority: Integrating Protection and Humanitarian Assistance*. http://www.interaction.org/campaign/protection_paper.html

٨. OCHA (forthcoming). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.

٩. UNHCR. *Operational Protection in Camps and Settlements: A reference guide of good practices in the protection of refugees and other persons of concern*. http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.pdf?tbl=PUBL&id=448d6c122

١٠. UNICEF. *Ethical Guidelines for Journalists*. www.unicef.org/ceecis/media_1482.html

عينة مؤشرات العملية

- إدراك العاملين المعنيين بالشؤون الإنسانية أنهم مسئولون عن الإبلاغ عن الانتهاكات، ومعرفة كيفية الإبلاغ عنها.
- توافر مجموعة أو آلية حماية محلية، في المخيمات، أو القرى، أو أماكن الاستيطان، تتولى متابعة الحماية، والإبلاغ عن الانتهاكات، واتخاذ التدابير المناسبة.
- اتخاذ الخطوات اللازمة لحماية الأفراد الأكثر استضعافا، ولاسيما أصحاب الإعاقات الذهنية المزمنة.

مثال: **سيراليون، ٢٠٠٢**

- في أعقاب مرور عقد كامل من الحرب الداخلية غالبا ما تتعرض الفتيات اللاتي تم اختطافهن، واستغلالهن جنسيا من قِبَلِ الجماعات المسلحة، للإهانة، والتحرش، والتهجم عليهن، عند عودتهن لقراهن.
- نظمت إحدى المنظمات غير الحكومية الدولية حوارات مجتمعية لمساعدة السكان المحليين على فهم أن هؤلاء الفتيات أُجبرن على ارتكاب الرذيلة، وأنهن عانين بشدة في أثناء الحرب.
- شكلت القرى المحلية لجاناً تُعني برعاية الفتيات، حددت، وفرضت غرامات على التحرش بالفتيات، وإساءة معاملتهن.
- قلصت آلية الحماية الاجتماعية المذكورة – بدرجة كبيرة – من حالات التحرش بالفتيات، وساعدت على إعادة إدماجهن في الحياة المدنية.

صحيفة التدابير ٣.٣
تحديد، ومتابعة: مهددات، ومعوقات الحماية، ومكافحتها، والاستجابة لها، من خلال الحماية القانونية

المهمة: **الحماية، ومعايير حقوق الإنسان**
المرحلة: **الحد الأدنى للاستجابة**

الخلفية

لا مراء في أن الانهيار التام الذي يعصف بالقانون والنظام، إبان حالات الطوارئ، يساعد على زيادة تعرض المواطنين لانتهاكات الحقوق والحماية المكفولة بموجب النظم القانونية الدولية، والوطنية. وقد يخشى المواطنون بشدة – في أثناء الصراعات المسلحة، التي غالبا ما تشيع فيها انتهاكات حقوق الإنسان، ويتم ارتكابها دون عقاب – من الإبلاغ عن الجرائم، خوفاً من الانتقام منهم في حالة الإبلاغ. وتسلب هذه الأوضاع من المواطنين كرامتهم، واحترامهم، فضلا عن سلب إحساسهم بالسيطرة على حياتهم، وبيئتهم. ومن ثم تُعتبر الحماية القانونية أمرا لازما لتعزيز الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية».

وتشير الحماية القانونية إلى تطبيق قوانين حقوق الإنسانية وحقوق الإنسان الدولية، التي ترسم الحقوق المكفولة للبشر كافة، مع النص على إجراءات حماية خاصة للجماعات المعرضة للمخاطر. (انظر الفصل ١). وتتحمل البلدان – بموجب القانون الدولي – المسئولية الأولى عن حماية المواطنين على أراضيها. ومن هنا يتعين استخدام القوانين، والأعراف الوطنية كأساس للحماية القانونية، إذا كانت تلك القوانين والأعراف متماشية مع المعايير القانونية الدولية. وينبغي في حالات ضعف أو عدم جدوى الحماية، بموجب القانون الوطني، أن يتم بذل الجهود اللازمة، لتوفير الحماية المطلوبة، وفقا للمعايير الدولية المتعارف عليها، مع إدراك أن هذه المعايير تمثل الحد الأدنى من المعايير المطبقة، التي يجب أن يلتزم بها المجتمع الدولي في أي حالة طوارئ. ويجب أن تبدأ أنشطة الحماية القانونية في المراحل المبكرة من حالة الطوارئ، على أن تتفهم الأطراف المعنية كافة درجة الحساسية التي قد يتطلبها مثل هذا العمل، وأن تدرك الحاجة إلى تقدير المخاطر والمزايا النسبية تقديرا دقيقا.

وتمثل السلامة، والكرامة، والتكافل، والتضامن؛ مفاهيم جوهرية بالنسبة لكل من: قانون حقوق الإنسان الدولي، وللمنهج النفسي الاجتماعي للتدابير الإنسانية. وتعزز الحماية القانونية الصحة العقلية، والمعافاة «النفس– اجتماعية» عن طريق وقاية الأفراد من الضرر، وتعزيز إحساسهم بالكرامة، والنفع، والسلامة، وتقوية مسئوليتهم، ومساءلتهم الاجتماعية عن التصرفات. ولكن قد تسفر جهود الحماية القانونية عن وقوع الضرر إذا تجاهلت هذه الجهود الاعتبارات النفسية والاجتماعية. فغالباً ما يشعر ضحايا بعض الجرائم، مثل التعذيب أو الاغتصاب، بالذنب أو العار، نتيجة للإجراءات القضائية. ومن المهم تطبيق الحماية القانونية بطريقة تعزز المعافاة «النفس– اجتماعية».

ولكي تتحقق الحماية القانونية: يجب أن تتضافر الجهود على المستويات الوطنية، والإقليمية، والدولية. وبطبيعة الحال: يتيح هذا المنهج القائم على المشاركة للكثير من الممثلين أدوارا حيوية. وبرغم أن جانبا كبيرا من الأعمال المتعلقة بالحماية القانونية يقع على عاتق المتخصصين، إلا أنه ينبغي على جميع المشاركين، في المساعدات الإنسانية، أن يتحملوا مسئولية دعم الحماية القانونية الملائمة.

التدابير الأساسية

١. تحديد مهددات الحماية الرئيسة، وموقف آليات الحماية الراهنة، ولاسيما بالنسبة للأفراد المعرضين لأقصى درجات الخطر:

- قم بإجراء تقييم تشاركي (انظر صحيفة التدابير ٢.١) مع الأفراد المعرضين لمخاطر متزايدة (انظر الفصل ١) بهدف تحديد المخاطر الرئيسة للحماية، وتحديد المهارات والإمكانات التي يتمتع بها الأفراد لمواجهة تلك المخاطر، والاستجابة لها (بغض النظر عن توافر آليات الحماية المحلية، ومدى قوتها أو ضعفها، ومدى جدواها في حماية مختلف الجماعات) والوقوف على الدعم الإضافي الواجب توفيره (انظر كذلك صحيفة التدابير ٣.٢).
- ابحث الضرر المحتمل على المواطنين، نتيجة لهذه التقييم، مع تحليل المخاطر، والمزايا المحتملة.

٢. اعمل على إذكاء وعي المنكوبين بحقوقهم القانونية ،وقدرتهم على توكيد تلك الحقوق، بأنسب الطرق الممكنة، باستخدام أساليب اتصال ملائمة ثقافيا.
(انظر صحيفة التدبير ٨.١).

وقد تشمل التدابير المتخذة ما يلي:

- التعاون مع قيادات المجتمع، والسلطات المحلية المعنية (مثل: المحامين، زعماء المخيمات، رجال الشرطة... الخ) في تعبئة، وتثقيف أفراد المجتمع بشأن حقوقهم القانونية، وكيفية الحصول على هذه الحقوق، بطريقة آمنة. وقد تشمل القضايا ذات الأولوية ما يلي: الحق في الحصول على المساعدات الإنسانية؛ وتوفير الحماية الخاصة للمجموعات الأكثر عرضة للخطر، وآليات الإبلاغ، ومخاطرها المحتملة... إلخ. ومن أمثلة التدابير التي يمكن اتخاذها ما يلي:
  أ. عقد حوارات جماعية بطرق مقبولة اجتماعيا (أي مع مراعاة اختلاف الأدوار باختلاف العمر أو النوع الاجتماعي، واستخدام أدوات اتصال ملائمة)، بهدف مناقشة مختلف الحقوق.
  ب. توفير معلومات مقسمة، بحسب العمر والجنس، في الأماكن العامة، مثل: مواقع توزيع الطعام، والعيادات الصحية، والمدارس... الخ.
- تيسير استخدام الآليات القانونية؛ لضمان وصول الخدمات والسلع الإنسانية إلى مستحقيها، مع الحرص على توافر النظم اللازمة لتقديم الشكاوى الخاصة بانتهاكات حقوق حرية، وسلامة الحصول على الخدمات، والسلع.

٣. ادعم آليات رصد انتهاكات المعايير القانونية، والإبلاغ عنها، والتصرف بشأنها:

- حدد الزمان والكيفية المناسبين للإبلاغ عن الانتهاكات. ويجب إدراك أن الآليات الرسمية (مثل الشرطة) قد تكون الطريق الأنسب للإبلاغ في بعض المواقف، في حين قد يترتب عليها ضرر بالغ في مواقف أخرى.
- ينبغي أن يبلغ ممثلو الإغاثة الإنسانية الجهة المناسبة (مثل مفوضيات حقوق الإنسان أو جماعة الحماية) عن حالات حرمان المواطنين من حقوقهم (مثل حق الحصول على المساعدة الإنسانية)، وأن يستعينوا بتلك الجهة في تحديد التدابير الممكنة.
- يجب أن تحترم عملية تبادل المعلومات عنصر السرية، وأن تحد من مخاطر العقاب أو الوصمة.
- قد يكون من المناسب الاستفادة من آليات وطنية و/أو دولية (مثل: قرار مجلس الأمن رقم ١٦١٢ بشأن الأطفال المتضررين بفعل الصراعات المسلحة).

٤. الدعوة للالتزام بالقانون الدولي، والقوانين، والأعراف المحلية، المتماشية مع المعايير الدولية:

قد تشمل التدابير ما يلي:

- تحديد، ونشر المعلومات الخاصة بالأطر القانونية الوطنية، والدولية (انظر صحيفة التدابير ٤.٢) التي تحمي الأفراد المعرضين للمخاطر.
- المشاركة في حملات التثقيف العامة، أو دعمها، بهدف وضع حد لمخالفات معينة، مثل حالات الاحتجاز غير القانوني ، أو الإعادة القسرية، أو العنف المرتكز على النوع الاجتماعي، أو تجنيد الأطفال.
- توجيه الهياكل القانونية الوطنية والمحلية إلى توفير الحماية القانونية المناسبة من خلال جهود بناء الإمكانات، بالتعاون مع الشرطة، أو القضاء، أو الجيش، على سبيل المثال.

- القيام بالتوعية القانونية ضد الاستجابات غير السليمة الشائعة في حالات الطوارئ، والتي قد تمس النسيج الاجتماعي للمواطنين المنكوبين، مثل التبني، أو إيداع الأفراد المستضعفين في مصحات، أو الاتجار في الأطفال والنساء.

٥. طبق الحماية القانونية بأسلوب يعزز المعافاة «النفس – اجتماعية»، والكرامة، والاحترام:

تشمل الخطوات الرئيسة ما يلي:

- مساعدة الناجين الذين اختاروا الإبلاغ عن الانتهاكات، والذين يسعون للحصول على الحماية أو العلاج، على فهم تداعيات تصرفاتهم فهما تاما، بحيث يقوموا بالإبلاغ بناءً على موافقة مستنيرة.
- تجنب التهميش عن طريق لفت الانتباه إلى ناجين بعينهم، ولاسيما إذا كانت تجاربهم مدعاة للوصمة الاجتماعية.
- تحديد، ودعم الآليات التي تضع حدا للإفلات من العقاب، وتضع المذنبين موضع المساءلة عن أفعالهم. ويشمل هذا إدراك أن العدل العقابي لا يتيح في جميع الأوقات الشفاء على مستوى المجتمع، أو يدعم نظم العدالة التصحيحية على مستوى المجتمع، والتي تتماشى مع المعايير القانونية الدولية، فضلا عن أن من شأنه أن يؤدي إلى الصفح، والتصالح (مثل: الإفراج الآمن عن الأطفال، وعناصر المواجهة المستضعفة الأخرى، والتتبع، ولم الشمل، وتعزيز الخطوات المبدئية في عملية إعادة الاندماج).
- تعريف العاملين في إطار النظام القانوني (مثل: المحامين، والقضاة، والمعاونين القانونيين، والمدافعين الذين تعينهم المحاكم)، بمدى تأثير عملهم على المعافاة «النفس – اجتماعية». وفيما يلي بعض أمثلة القضايا الرئيسة في هذا الصدد:
  - أ. الآثار الإيجابية والسلبية المحتملة على المعافاة النفسية، التي قد تحدثها الإجراءات القضائية على الناجين، مع التأكيد على المناهج التي تعزز السلامة، والكرامة، والتكافل، والتضامن.
  - ب. التقنيات الحساسة والملائمة لمقابلة الشهود والناجين، مع مراعاة اختلاف التأثير النفسي الاجتماعي للتجارب التي تعرضوا لها باختلاف السن، والنوع الاجتماعي.
  - ج. أهمية السرية في حماية أمن، وسلامة الناجين (مثل: تخزين وإدارة المعلومات، عقد جلسات محاكمة مغلقة... الخ).
  - د. أهمية قضايا الحماية القانونية الرئيسة بالنسبة للمعافاة «النفس – اجتماعية» لمختلف الجماعات، ومن أمثلتها ما يلي:
    - الإجراءات القانونية المتخذة لتقرير مصير المختفين، والتي تتمتع بأهمية خاصة، تتعلق بمراسم المواساة.
    - ضمان اتباع الإجراءات القانونية المتعارف عليها بشأن المساءلة، حيث تمثل تلك الإجراءات أهمية خاصة لقبول المجتمعات للأطفال الذين تجندهم القوات المسلحة.
    - كيف يمثل الإرث والحقوق العقارية دعما اقتصاديا أساسيا للأرامل، والأطفال، بما يرفع درجة الاعتماد على النفس، والمرونة؟
    - إحالة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة، من النظام القانوني، إلى الخدمات الاجتماعية، والصحية الملائمة.
- القيام بالمناصرة، بطريقة تحترم السرية، والكرامة، والتكافل، والتضامن، وتتجنب تعريض المواطنين لمزيد من التوتر. وقد يكون من المخزي عرض وجوه الناجين، حتى ولو بغرض نقل المعلومات المتعلقة بالجهود الإنسانية. وينبغي تجنب عرض الصور التي تظهر المعاناة الشديدة بوضوح، أو التي تزيد من استعذاب الناجين لدور الضحايا (انظر صحيفة التدابير ٨.١).

٦. قدم الدعم «النفس – اجتماعي»، وخدمات الحماية القانونية بأسلوب تكاملي.

تشمل الخطوات المفيدة ما يلي:

- حدد عناصر الدعم «النفس – اجتماعي» الملائمة للشهود، ومن يرغبون في الإبلاغ عن الانتهاكات أو الذين يسعون لتصحيح الأوضاع القانونية.
- تعريف أخصائيي الدعم الاجتماعي بكيفية مساعدة الناجين من خلال الإجراءات القضائية، والإجراءات المصاحبة (مثل: الفحوص الطبية، واستخراج وانتشال الجثث، وتعرف الموتى... إلخ).
- شكل مجموعات دعم، وخيارات رعاية أطفال، للشهود، والمدعى عليهم، وغيرهم من الخاضعين لإجراءات قضائية.
- حدد كيفية اتخاذ إجراءات الإحالة لعناصر، وخدمات دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» التخصصية عند الحاجة.
- إدراك الحاجة إلى إحالة الحماية القانونية للمختصين بالنسبة لبعض الحاصلين على الخدمات «النفس – اجتماعية»، وخدمات الصحة النفسية. فعلى سبيل المثال: يتلقى ضحايا العنف الجنسي – في الغالب – دعما طبيا، ونفسيا اجتماعيا، ولكن قد يستمر شعور بعضهم بالخطر، وعدم القدرة على الشفاء التام، إذا عرفوا أنه لن تتم معاقبة الجناة.

• إدراج المعلومات الأساسية عن الحماية القانونية في الجلسات التعريفية والتدريبية، بشأن دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» (انظر صحيفة التدابير ٤.١)، مما يساعد العاملين على فهم ما يجب فعله، وما ينبغي تركه، عندما يقابلون أشخاصا يحتاجون إلى الحماية القانونية، بما فيها الإحالة للجهات المعنية المناسبة.

المصادر الرئيسة

الدلائل الإرشادية والكتيبات

١. ActionAid (2001). Learning About Rights – *Module three: law and rights in emergencies.* http://www.reliefweb.int/library/library/actionaid-rights-2001.htm

٢. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2005). *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Emergencies*. www.odi.org.uk/alnap/publications/protection/index.htm

٣. IRIN (2006). *Justice for a Lawless World: Rights and Reconciliation in a New Era of International Law (Parts I and II).* http://www.irinnews.org/webspecials/RightsAndReconciliation/default.asp

٤. Keeping Children Safe (2006). 'Setting the international standards for child protection'. http://www.keepingchildrensafe.org.uk/

٥. UNICEF (2003). *Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations.* http://www.unicef.org/protection/files/Tech_Notes_chap_14_Psychosocial_Dev.pdf

رصد حقوق الإنسان، ومجموعات العمل

منظمة العفو الدولية:
http://www.amnesty.org
Arabic: http://www.amnesty.org/arabic/

منظمة مراقبة حقوق الإنسان:
http://www.hrw.org
Arabic: http://www.hrw.org/arabic/

لجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان:
http://www.cifh.org/DefaultE.htm

أبرز الاتفاقيات القانونية الدولية

للاطلاع على قائمة بأبرز الاتفاقيات القانونية الدولية؛ يُرجى الرجوع إلى صحيفة التدابير ١.٣.

عينة مؤشرات العملية

• رصد أبرز ثغرات الحماية القانونية، ووضع خطط العمل اللازمة للتعامل معها، بالشكل الملائم.

• احتواء الجلسات التعريفية/التدريبية، بشأن الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» الموجهة للعاملين في مجال الحماية القانونية، على معلومات عن الحماية القانونية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، والعلاقة بينهما.

• حصول ضحايا حالات انتهاك حقوق الإنسان على دعم تكميلي من العاملين في مجال الحماية القانونية، ومن الأفراد ذوي المهارة في توفير دعم الصحة العقلية، والمعافاة النفسية الاجتماعية.

جمهورية الكونغو الديمقراطية

• يشيع العنف الجنسي في شمال، وجنوب مقاطعة كيفو، وغالبا ما ترفض الأسر، والمجتمعات ضحايا هذا العنف.

• تتعاون المنظمات غير الحكومية، المحلية والدولية، للعمل عن كثب، من أجل تقديم الدعم «النفس – اجتماعي» للناجين، بالتعاون مع منظمات حقوق الإنسان، حيث يتم تبادل البيانات فيما بينها عن أنواع وأعداد الحالات، فضلا عن قيامهم

بتوعية المجتمعات حول الأثر «النفس – اجتماعي» للعنف الجنسي، وحقوق المرأة، والحاجة إلى توافر عنصر المساءلة، في جرائم الاغتصاب.

- يتم تشجيع الناجين، والمجتمعات على الإبلاغ عن الحالات بطرق آمنة، وملائمة، مع تأكيد الأخصائيين النفسيين الاجتماعيين؛ احترام السرية، والموافقة المستنيرة، وتوجيه الأسئلة، بأسلوب مشجع.
- تآزر الوكالات على المستوى الوطني لتغيير القانون الخاص بالعنف الجنسي، من أجل توفير قدر أكبر من الحماية للضحايا.

صحيفة التدابير ٤.١

تحديد وتوظيف العمالة اللازمة، والاستعانة بمتطوعين على دراية بالثقافة المحلية

المهمة: **الموارد البشرية**
المرحلة: **الحد الأدنى للاستجابة**

الخلفية

قد يأتي العاملون والمتطوعون الدوليون من خلفيات جغرافية، واقتصادية، وثقافية مختلفة عن نظيراتها لدى المنكوبين في البلد المضيف. وقد يصطحب هؤلاء العاملون، والمتطوعون معهم آراء، وقيماً متباينة، ومن ثم ينبغي عليهم مواءمة مهاراتهم لتتناسب مع الأوضاع المحلية، وتحترم القيم، والثقافات المحلية. وقد يزيد توتر المنكوبين نتيجة لتوافد عدد هائل من عاملي الإغاثة الإنسانية إذا لم يكن هؤلاء العاملون متمتعين بالمهارات الفنية المطلوبة، أو إذا لم تتوافر لديهم القدرة على التعامل مع الضغوط المتوقعة للعمل الإنساني الميداني. وبرغم أن العاملين، والمتطوعين المحليين قد يكونون على دراية كبيرة بالثقافات، والعادات المحلية؛ إلا أنه لا يمكننا إغفال وجود بعض الفروق الاجتماعية، والثقافية الكبرى، على سبيل المثال، بين المناطق الحضرية والريفية وبين الجماعات العرقية المختلفة.

وقد أوضحت «مدونة السلوك لإدارة ودعم عمال الإغاثة» الصادرة عن منظمة «بيبول إن أيد»، أن الهدف الرئيس للتوظيف في مثل هذه الظروف يتمثل في إحضار الأشخاص المناسبين (سواء العاملين أو المتطوعين) إلى المكان المناسب في الزمان المناسب، وتمثل هذه المسألة تحديا هائلا في معظم حالات الطوارئ. ومن ثم تكثر الاستعانة بعاملين محليين.

وتستعرض المدونة المذكورة أعلاه مبادئ إرشادية عامة في إدارة ودعم العاملين بالوكالات الإنسانية والتنموية. وتورد التدابير الأساسية المبينة أدناه إرشادات محددة بشأن توظيف العاملين لحماية، ودعم الصحة النفسية، والسلامة للمنكوبين في حالات الطوارئ، في خضم الأزمات.

التدابير الأساسية

١. تكليف أفراد ذوي معرفة ودراية، ومحل الثقة؛ ليضطلعوا بمهام التوظيف.
وينبغي أن يكون هؤلاء الأفراد:

- حاصلين على تدريب في مجال إدارة الموارد البشرية (طبقا لمعايير مدونة السلوك الصادرة عن منظمة بيبول إن أيد).
- ملمين بشكل كاف بالضغوط المتوقعة للعمل في مجال المساعدات الإنسانية، وبالسياسات، والممارسات اللازمة؛ للتخفيف من هذه الضغوط (انظر صحيفة التدابير ٤.٤).

- مستوعبين الحد الأدنى من المتطلبات الصحية، ومتطلبات الصحة النفسية بالنسبة للمهام ذات المخاطر والضغوط العالية (في ضوء الخبرة الذاتية للمنظمة المعنية، وتجارب الوكالات المشابهة).
- على دراية بالصراع المحتمل القائم على أسس متعلقة بالعرق، أو الجنس، أو الهوية الوطنية.

٢. تطبيق مبادئ الاختيار والتوظيف: يجب أن تكون إجراءات التوظيف عادلة، وشفافة، ومتسقة بهدف تعيين أنسب وأقدر العناصر.

- ينبغي اتباع إجراءات توظيف مكتوبة توضح بالتفصيل كيفية توظيف، واختيار العاملين، والمتطوعين.
- يجب السعي لاجتذاب أكبر عدد ممكن من المرشحين المتمتعين بأنسب المؤهلات.
- يتعين تحجيم ظاهرة «هجرة ذوي الكفاءات» من المنظمات المحلية إلى المنظمات الدولية. ويجب على الوكالات الدولية ما يلي: (أ) التعاون مع الوكالات المحلية لتنفيذ مهام الإغاثة الأساسية، للحد من الحاجة لتوظيف أعداد كبيرة في المنظمات الدولية، و(ب) تجنب عرض أجور شديدة الارتفاع تستقطب العاملين المحليين من المنظمات العاملة بالفعل في المنطقة.
- اتخاذ إجراءات التوثيق المطلوبة، وإخطار المرشحين باختيارهم من عدمه، على أن تتم موافاة المرشحين بتغذية ارتجاعية عند الطلب.

٣. التوازن بين نسبة الذكور والإناث في عملية التوظيف، وضم ممثلين من الجماعات الثقافية والعرقية الرئيسة:

تستلزم برامج دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية» إسهام المجتمع، ومشاركته. وغالبا ما تتباين حاجات الرجال، والنساء في المجتمع الواحد. ولكي يتسنى الوقوف على هذه التباينات، والفروق في الحاجات، يجب أن يتم إجراء مقابلات شخصية مع الرجال والنساء، كل على حدة. ويمكن هذا الوضع من مناقشة القضايا الشخصية، والمتعلقة بكل جنس – على حدة – مناقشة حرة وصريحة. وعلى النسق نفسه فإن توظيف ممثلين من الجماعات الثقافية والعرقية الرئيسة يسهل إسهام، ومشاركة الجماعات الممثلة.

٤. تبنى بنود، وشروط العمل التطوعي:

ينبغي على المنظمات التي تتعامل مع متطوعين لتقديم الدعم «النفس – اجتماعي» أن تحدد تحديدا واضحا الأدوار التي تطلبها، وتتوقعها من المتطوعين. وكذلك يتعين توضيح السياسات الخاصة بالرواتب، والاستحقاقات، وإدارة، ودعم المتطوعين، والتدريب المحتمل توفيره لهم. ويجب كلما أمكن أن يتولى توظيف، ودعم المتطوعين منظمات تتمتع بالخبرة في مجال إدارة المتطوعين.

٥. ارجع إلى المصادر وراجع المؤهلات عند توظيف العاملين المحليين، والدوليين، بمن في ذلك المستشارون العاملون لمدد قصيرة، والمترجمون، والمتدربون، والمتطوعون:

- الاتصال بالمزكيين لتحديد ما يلي:
  - نقاط القوة والضعف لدى المرشح.
  - قدرة المرشح على احتمال المواقف ذات الضغوط الشديدة.
  - مدى أمانة عرض المرشح للبيانات والتفاصيل الخاصة به.
  - قدرة المرشح على التوافق مع، واحترام الثقافة المحلية.
  - خلو تاريخ المرشح من حالات التحرش بالأطفال أيا كانت (خاصة عند توظيف متطوعين يتطلب عملهم الاتصال بالأطفال).
- مراجعة المؤهلات الرسمية عند توظيف المتخصصين مثل (دليل استكمال التدريب المتخصص، وعضوية إحدى المنظمات الدولية، حسب الحالة).
- مراجعة السجلات الجنائية إذا سمح الوقت، على أن يتم الالتفات إلى ما يلي:
  - في حالات القمع السياسي قد تظهر السجلات اعتقال بعض الأشخاص دونما جريمة.
  - لا يجوز الاستعانة بأي أشخاص سبق لهم ارتكاب أي شكل من أشكال العنف. وقد يُسمح باستثناء الجنود السابقين بغرض تعزيز إعادة اندماجهم في المجتمع.

٦. اسع للاستعانة بعاملين يتمتعون بفهم عميق، ودراية بالثقافة المحلية، وأنماط السلوك الملائمة:

بصفة عامة، يُفضل أن يقوم بمهام الدعم السريري أو أي مهام دعم «نفس – اجتماعي» أخرى تتطلب الاتصال الشخصي، عاملون محليون يتحدثون اللغة المحلية، ويتمتعون بالفهم التام للاستجابات الاجتماعية والثقافية إزاء موقف الطوارئ.

٧. التقييم الدقيق لعروض المساعدة المقدمة من أخصائيي الصحة النفسية الأجانب المستقلين (غير التابعين لجهة معينة):

يُحظر على أخصائيي الصحة النفسية الأجانب ذوي النوايا الحسنة (غير التابعين لأي منظمة) السفر لمناطق الكوارث ، ما لم تتوافر فيهم المعايير التالية:

- سبق لهم العمل في ظروف الطوارئ.
- سبق لهم العمل خارج إطارهم الاجتماعي الثقافي.
- التمتع بمهارة أساسية في بعض التدخلات التي تغطيها هذه الضوابط الإرشادية.
- فهم سيكولوجية المجتمع أو مبادئ الصحة العامة.
- تلقي دعوة من منظمة محلية أو دولية قائمة للعمل في البلاد.
- تلقي دعوة للعمل لدى منظمة من المرجح أن تتواجد في هذا المجتمع لمدة طويلة في منطقة الكارثة.
- عدم تركيز عملهم على تطبيق التدخلات بأنفسهم (مثل: العمل السريري)، وإنما يتعلق عملهم بتوفير الدعم اللازم للبرامج بوجه عام، بما في ذلك نقل الخبرات للعاملين المحليين، بحيث يتولى تطبيق التدخلات وعناصر الدعم – عاملون محليون.

المصادر الرئيسة

١. Antares Foundation (2005). *Managing Stress in Humanitarian Workers: Guidelines for Good Practice.*
http://www.antaresfoundation.org/download/Managing%20Stress%20in%20Humanitarian%20Aid%20Workers%20-%20Guidelines%20for%20Good%20Practice.pdf

٢. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*, Action Sheet 4.1: Recruit staff in a manner that will discourage sexual exploitation and abuse, pp.50-52. Geneva: IASC.
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf.
Arabic:
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20Arabic.pdf

٣. IFRC (1999). *Volunteering Policy: Implementation Guide*. Geneva: IFRC.
http://www.ifrc.org/cgi/pdf_pubsvol.pl?volpol_impl.pdf

٤. Oxfam (2004). *Recruitment in Humanitarian Work.*
http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0404humanitarian.htm

٥. People in Aid (2003). *Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel*.
http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-en.pdf

عينة مؤشرات العملية

- تطبيق المنظمات سياسة موارد بشرية مكتوبة، تحدد الخطوات المتعلقة بإجراءات التوظيف، وبنود، وشروط التعيين.
- تحقيق المنظمات توظيفاً متوازناً، من حيث نسبة الرجال، والنساء، والأقليات.
- نجاح الوكالات في رفض المساعدة المعروضة من أخصائيي الصحة النفسية الأجانب الذين لا يفون بالمعايير الواردة في صحيفة التدابير.
- يقوم عاملون محليون على دراية بالثقافة المحلية بتقديم خدمات الدعم السريري، أو مهام الدعم «النفس – اجتماعي» الأخرى، التي تتطلب اتصالا شخصيا.

سريلانكا، ٢٠٠٥

- في أعقاب إعصار تسونامي تعاونت جمعيات الصليب والهلال الأحمر من دول عدة مع جمعية الصليب الأحمر السريلانكية، مما أتاح قدر كبير من الاستفادة من المتطوعين المحليين.
- تضافرت جهود الجمعيات المحلية من دول عدة، من أجل وضع إطار مشترك للدعم «النفس – اجتماعي» لجمعية الصليب الأحمر السريلانكية.
- تم تدريب العاملين والمتطوعين المعنيين الذين استعانت بهم الحركة كافة، وفقا لمبادئ مشابهة، تشمل الاستفادة من الموارد الثقافية لتقديم الدعم المجتمعي. وبفضل استثمار الموارد في الاستعانة بعاملين ومتطوعين وتدريبهم؛ صار هناك فهم أعمق للآثار الإيجابية للعمل النفسي الاجتماعي القائم على أساس المجتمع.

صحيفة التدابير ٢.٤

التطبيق الصارم لمدونات السلوك، والضوابط الإرشادية الأخلاقية للعاملين

المهمة: الموارد البشرية
المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

تعتمد أعداد غفيرة من المواطنين في أثناء حالات الطوارئ على ممثلي الإغاثة الإنسانية للحصول على احتياجاتهم الأساسية. ويسهم هذا الاعتماد – بالإضافة إلى تعطل أو تدمير نظم الحماية الطبيعية (مثل: الشبكات العائلية) – في زيادة الخلل المتوارث في علاقات القوى بين مقدم الخدمة، ومتلقيها. وبناء عليه ترتفع احتمالات سوء معاملة المواطنين المنكوبين، أو استغلالهم، بينما تتضاءل احتمالات رصد حالات سوء المعاملة، أو الإبلاغ عنها. وينبغي على جميع وكالات الإغاثة الإنسانية أن تدرك أن احتمال تسبب ممثلي الإغاثة الإنسانية في أضرار، سواء بسبب استغلالهم لمناصبهم، أو كنتيجة غير متعمدة للتدخل، وأن تدرس هذا الاحتمال، وتعالجه.

ويجب على العاملين في المجالات الإنسانية – من أجل تقليل ذلك الضرر – أن يلتزموا بالمعايير المتفق عليها بشأن سلوك العاملين، ولاسيما نشرة الأمين العام حول التدابير الخاصة بالحماية من الاستغلال والتحرش الجنسي. وتنطبق هذه النشرة على موظفي الأمم المتحدة كافة، بما في ذلك الهيئات، والبرامج المستقلة، وقوات حفظ السلام، وموظفو جميع المنظمات المبرمة لترتيبات تعاون مع الأمم المتحدة. ولا تنفك الجهات المانحة تطالب منظمات المساعدة بالتطبيق الصارم لهذه الإجراءات. وكذلك تستعرض مدونة السلوك الخاصة بالصليب الأحمر الدولي، والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث، مناهج ومعايير السلوك التي تعزز الاستقلالية والفاعلية والآثار التي تطمح إليها هذه الحركة والمنظمات. وقد قامت نحو ٤٠٥ منظمة – بالفعل – باعتماد هذه المدونة حتى عام ٢٠٠٧.

ولا يزال هناك العديد من القضايا المتعلقة بالمعايير الأخلاقية الموجهة للسلوك المتوقع من العاملين، والتي يجب الاتفاق عليها، وتوضيحها، وتطبيقها تطبيقا صارما في كل القطاعات. ويجب – بادئ ذي بدء – في جميع التدخلات أن تتم دراسة، وتقييم احتمال وقوع ضرر فعلي، وإن لم يكن متعمدا. ومن أبرز الأمثلة في هذا السياق عملية تجميع البيانات، التي تُعتبر لازمة لتصميم، وابتكار خدمات فعالة، فضلا عن أنها تستدعي في الوقت نفسه التقييم الدقيق لمزاياها، ومخاطرها بالنسبة للأفراد، والمجتمعات. وتتمثل أولى الخطوات البديهية اللازمة في أية دراسة، أو متابعة، أو بحث في الاعتبارات التالية: كيفية عدم بث آمال مبالغ فيها، كيفية تحجيم الضرر، كيفية الحصول على موافقة مستنيرة، كيفية التعامل مع البيانات السرية وتخزينها، كيفية توفير عناصر حماية إضافية عند التعامل مع مواطنين معرضين للمخاطر (مثل الأطفال والشباب).

ولا يحول وجود مدونة سلوك أو معايير أخلاقية متفق عليها دون سوء المعاملة أو الاستغلال. وتقتضي المساءلة أن يتم تعريف جميع العاملين والمواطنين بالمعايير، وإفهامهم أهميتها، وكيفية تطبيقها. ويجب أن تتوافر ثقافة تنظيمية تدعم، وتحمي «كاشفي الفساد»، وآليات للشكوى متاحة ، ومحل ثقة يستطيع من خلالها المواطنون، ولاسيما المواطنون الأكثر انعزالا واستضعافا (وبالتالي الأكثر عرضة لمخاطر سوء المعاملة) أن يبلغوا عن مخاوفهم في سرية.

وينبغي أن يتم النص على إجراءات تحقيق، وأن يتوافر عاملون مدربون على إجراء تحقيقات تتسم بالقوة واللياقة في آن واحد. ويتعين تطبيق نظم تحدد متى تكون الدعاوى القضائية آمنة، ومناسبة، وتنصر المدعى على المدعى عليه. ويجب أن تضع تلك النظم – دائما، وأبدا في الحسبان – احتياجات السلامة، والحماية لكل الأشخاص المعنيين في مثل تلك الحوادث، وهم: الضحايا، الشاكون، الشهود، المحققون، و(موضوعات الشكوى، والمجرم المدعى عليه).

التدابير الأساسية

١. وضع مدونة سلوك داخلية لكل منظمة لتجسد معايير السلوك المتعارف عليها بشكل عام بالنسبة للعاملين المعنيين بشؤون الإغاثة الإنسانية.

٢. تعريف عاملي الإغاثة الإنسانية كافة، وتذكيرهم بصفة دورية (سواء القدامى أو المستجدين) بالحد الأدنى المتفق عليه لمعايير السلوك المطلوبة، بناء على مدونات السلوك، والضوابط الإرشادية الواضحة والصريحة.

ويسري هذا على جميع العاملين، والموظفين، والمتطوعين، والمستشارين الدوليين، والمحليين وعلى من يتم توظيفهم من بين المواطنين المنكوبين. ولا ينبغي الاكتفاء بإخطار العاملين بمسئولياتهم كتابة، وإنما ينبغي أن يتم إبلاغهم بها شخصيا، ومشافهة عن طريق الحوار؛ للتأكد من استيعابهم، وتمكنهم من توجيه الأسئلة.

٣. وضع آلية متفق عليها بين الوكالات (مثل: شبكة محورية يقترحها الأمين العام للأمم المتحدة) للتحقق من الالتزام الذي يتجاوز مجرد الاحتفاظ بمدونة سلوك.

تشمل هذه الآلية ما يلي:

- تبادل المعلومات والدروس المستفادة بهدف تحسين أداء النظم.
- النشر المشترك للمعلومات المتعلقة بمدونات السلوك للمجتمعات.

- تنسيق الأنشطة الأخرى، بما في ذلك تدريب العاملين ومتابعة الآليات وإجراءات التحقيق... الخ، بهدف مكافحة الاستغلال والتحرش الجنسي والاستجابة لهما.
- وضع نظم تستجيب في الحال بالشكل الملائم عندما يتعلق الإدعاء بموظفين من مختلف المنظمات أو عندما يتعذر تحديد الفرد أو المنظمة أو كليهما.

٤. وضع آليات شكاوى متاحة، ومحل ثقة، يتوافر فيها ما يلي:

- ثبوت الالتزام بالسرية.
- الحساسية تجاه السن، والنوع الاجتماعي، والثقافة.
- مراعاة أمان، وسلامة الضحية في المقام الأول.
- إحالة الضحية/الناجي إلى الخدمات السرية المناسبة، التي تشمل الخدمات الطبية، والقانونية، وعناصر الدعم «النفس – اجتماعي».
- المحافظة على خصوصية الشاكي.

٥. تعريف أفراد المجتمع بالمعايير، والإرشادات الأخلاقية، وبكيفية الإبلاغ عن مخاوفهم بسرية، وبالجهة المنوطة بذلك.

٦. التأكد من استيعاب الموظفين كافةً أنه ينبغي عليهم الإبلاغ عن جميع المخاوف، فور وقوعها.

يتمثل التزام الموظفين في هذه الحالة في الإبلاغ عن الانتهاكات المحتملة، وليس التحقيق في الإدعاء.

٧. تطبيق بروتوكولات تحقيق تلتزم بأحد المعايير المتعارف عليها، مثل نموذج إجراءات الشكاوى والتحقيقات للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (انظر المصادر الرئيسة).

٨. اتخاذ إجراءات تأديبية ضد الموظفين الذين يثبت إخلالهم بمدونة السلوك أو الضوابط الإرشادية الأخلاقية.

٩. تحديد استجابة متفق عليها في الحالات التي يشكل فيها سلوك المدعى فعلا جنائيا سواء في البلد المضيف أو البلد الأصلي للمجرم.

ويستلزم هذا – كحد أدنى – عدم اتخاذ أية إجراءات إدارية تهدد الإجراءات القضائية، باستثناء الحالات التي يتوفر فيها إجراءات قضائية، أو إنسانية عادلة.

١٠. الاحتفاظ بسجلات مكتوبة عمن يثبت إخلالهم بمدونات السلوك، وذلك لزيادة فاعلية الإجراءات اللاحقة المتعلقة بمراجعة الإحالة، والتوظيف.

المصادر الرئيسة

١. Horizons, Population Council, Impact, Family Health International (2005). *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings.* www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf

٢. IASC (2004). Model Complaints Referral Form (Sexual Exploitation and Abuse). http://www.icva.ch/cgibin/browse.pl?doc=doc00001187

٣. IASC (2004). Model Information Sheet for Communities. http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001186

٤. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Focal Points on Sexual Exploitation and Abuse. http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001185

٥. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Networks on Sexual Exploitation and Abuse. http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001184

٦. International Council of Voluntary Agencies (forthcoming). *Building Safer Organisations.* Geneva: ICVA.

٧. IFRC, *Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief*. www.IFRC.org/PUBLICAT/conduct/code.asp

٨. Keeping Children Safe (2006). 'Setting the international standards for child protection'. http://www.keepingchildrensafe.org.uk/

٩. United Nations (2003). *Secretary-General,s Bulletin: Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse* (ST/SGB/2003/13). http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/SGBulletin.pdf

١٠. United Nations (2004). *Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse: Report of the Secretary-General* (A/58/777). English, French, Arabic and Spanish: http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/85/777 - Arabic: http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N04/322/55/PDF/N0432255.pdf?OpenElement

عينة مؤشرات العملية

- تطبيق كل منظمة للنظم الخاصة بها بشأن إخطار جميع العاملين بالحد الأدنى من معايير السلوك المتوقع منهم.
- خدمة المجتمعات عن طريق ممثلي إغاثة إنسانية على دراية بالمعايير والطرق التي يستطيعون بها طرح المخاوف المتعلقة بالانتهاكات المحتملة.
- استعانة الوكالات بعمالة مدربة، لإجراء التحقيقات في الانتهاكات الموجهة، خلال إطار زمني معقول.

كينيا، ٢٠٠٣

- اتفقت الوكالات العاملة في كاكوما على مدونة سلوك مشتركة تسري على جميع العاملين.
- تلقت المجتمعات معلومات حول المعايير المطبقة باستخدام تقنيات متنوعة بما فيها الفيديو.
- تم إجراء تدريب مشترك بين الوكالات على التحقيق في إدعاءات سوء السلوك.

صحيفة التدابير ٣.٤

تنظيم الدورات التوجيهية، والتدريبية لعاملي المعونة، المعنيين بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»

المهمة: الموارد البشرية

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

يؤدي العاملون الوطنيون، والدوليون المعنيون بالمعونة دوراً رئيساً في توفير دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» في حالات الطوارئ. ويتطلب الاستعداد للقيام بهذا الأمر أن يتمتع الجميع بالمعرفة والمهارات اللازمة. ويجب أن تعد خطط التدريب المنسقة استراتيجياً، هؤلاء العمال لتقديم استجابات الطوارئ، التي تم تحديدها كأولويات في تقييمات الاحتياجات. (انظر صحيفة التدابير ١.١ و ١.٢).

وعلى الرغم من بعض أوجه التشابه في المحتوى التدريبي في حالات الطوارئ، إلا أنه يجب أن تتم مواءمته ليتناسب مع ثقافة كل موقف، وسياقه، وما فيه من احتياجات، وقدرات، لهذا لا يمكن نقله تلقائياً من حالة طوارئ إلى أخرى. وتختلف القرارات بشأن من يشارك في التدريب، ونمط التعلم، ومحتواه، ومنهجه حسب ظروف الحالة الطارئة، وقدرات العاملين المعنيين. وقد يتسبب العاملون المعنيون بالمعونة – ممن يعانون من قصور التوجيه والتدريب، والذين يفتقرون إلى التوجهات والدافع الملائم – في الإضرار بالسكان بدلاً من مساعدتهم!

ويمكن تنظيم تعليم أساسي عن طريق ندوات توجيه، وتدريب موجزة، يليها دعم، وإشراف متواصلان. ويجب أن تؤكد هذه الندوات التعليمات العملية، والتركيز على المهارات الأساسية، والمعارف، والأخلاقيات، والدلائل الإرشادية اللازمة للاستجابة للطوارئ. كما ينبغي أن تتسم بصفة التشاركية، والتكيف مع الثقافة والبيئة، بل وأن تستعين بنماذج تعلم، يقوم فيها المشاركون بدور المتعلم والمعلم في الوقت نفسه.

التدابير الأساسية

١. إعد خطة تدريب استراتيجية، وشاملة، وواقعية، وملائمة من حيث التوقيت:

ينبغي أن يكون لدى المنظمات الشريكة المعنية بدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» مثل هذه الخطط. ويجب أن يجري تنسيق الخطط، وتكاملها بين الشركاء، بهدف تحقيق نوع من التكامل، بالارتكاز إلى الضوابط الإرشادية المحددة في التقييمات الشاملة السريعة للمشكلات، والموارد. (انظر صحيفة التدابير ١.١ و ١.٢).

٢. انتق مدربين متمكنين، ومتحمسين:

يُفضل المدربون المحليون أو المدربون الممارسون الذين لديهم خبرة و/أو معرفة سابقة بالموقع المتضرر، ولاسيما عندما يتمتعون بالمعرفة، والمهارات اللازمة.

معايير مهمة لانتقاء المدربين:

- الحساسية الثقافية، والمعرفة الأساسية بالتوجهات، والممارسات الثقافية المحلية، وكذا نظم الدعم الاجتماعي.
- الاستقرار الانفعالي.
- المعرفة الجيدة باستجابة الطوارئ لدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، بما في ذلك تفهم قيمة الاستجابات المتكاملة، والتعاونية.
- الخبرة الميدانية العملية في تقديم الرعاية «النفس – اجتماعية» من واقع حالات الطوارئ السابقة.
- معرفة جيدة بالتعليم الذي يسفر عن تدخلات عملية فورية لدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية».

٣. استعن بطرق تدريس، تيسر التطبيق العملي الفوري للتعلم:

- استخدم طرق تعليم تشاركية (مثل تبادل الأدوار، والحوار، والتمثيل، وحل المشكلات الجماعية، إلخ...).
- استعن بطرق التعلم التي يكون فيها المشاركون متعلمين ومعلمين في الوقت نفسه.
- درب المشاركين باللغات المحلية، على أن يتم توفير الترجمة، متى تعذر ذلك.
- استخدام وسائل إيضاح سمعية/مرئية، ومراجع تتناسب والظروف المحلية (مع تجنب عروض ال «باور بوينت» في حالة عدم توافر الكهرباء، على سبيل المثال).
- استخدم قاعات الدراسة للتعلم النظري، مع توفير الممارسة المبدئية للمهارات (مثل تبادل الأدوار، ضمن جملة أساليب أخرى).
- استعن بالتدريب العملي الميداني في المواقع المتضررة بالطوارئ، أو الشبيهة بها، بغية ممارسة المهارات.
- وزع مواد مرجعية مكتوبة بلغة سهلة الفهم، بما فيها كتيبات تتضمن دلائل إرشادية عملية محددة (إذا ما تيسر ذلك).
- قم بتقييم عاجل للتدريب (عن طريق المدربين، والمتدربين، والسكان الذين تلقوا المساعدة) للانتفاع بالدروس المستفادة.

٤. التوفيق بين احتياجات التعلم الخاصة بالمتدربين، وأشكال التعلم المناسبة:

توفر ندوات التوجيه القصيرة (تستغرق نصف يوم أو يوماً كاملا) معارف، ومهارات عملية جوهرية عاجلة عن الاحتياجات «النفس – اجتماعية»، والمشكلات، والموارد المتاحة لكل من يعمل على هذا المستوى من الاستجابة. ويفضل أن تنظم ندوات التوجيه قبل شروع العاملين المعنيين بالمعونة في مهامهم.

تضم قائمة المشاركين المحتملين جميع العاملين المعنيين بالمعونة في جميع القطاعات (ولاسيما من الهيئات الاجتماعية، والصحة، وحماية التعليم، وأقسام الاستجابة للطوارئ). وتشمل القائمة: العاملين الوطنيين والدوليين من الوكالات الإنسانية الحكومية، سواء الذين يعملون بمقابل أو بدون مقابل. وحسبما يقتضي الموقف، يمكن أيضاً لندوات التوجيه أن تشمل رجالاً، وسيدات، وقادة مجتمع من الشباب، بمن فيهم زعماء عشائريون، ودينيون، وقبليون، وزعماء جماعات عرقية، سواء منتخبين، أو متطوعين.

ندوات تدريبية: يُوصى بتزويد العاملين بمهارات، ومعارف أكثر شمولاً، حول دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»، سواء المركزة، والمتخصصة (انظر المستويين العلويين من الهرم في الفصل «١»).

- يختلف طول الندوة التدريبية، ومحتواها، وفقاً لاحتياجات المتدربين، وقدراتهم. ويحتاج الأفراد عديمو الخبرة إلى فترات أطول من التدريب.
- يجب ألا تتداخل توقيتات الندوات مع توفير الاستجابة للطوارئ.
- يُوصى بالاستعانة بوحدات قصيرة، ومتتابعة للتعلم التراكمي؛ لأنها (أ) تحد من الحاجة إلى إبعاد العاملين عن أعمالهم لفترات طويلة. و(ب) تسمح للعاملين بممارسة المهارات فيما بين الدورات التدريبية. ولا تستغرق كل وحدة قصيرة سوى ساعات أو أياماً عدة (حسب الأحوال)، ويليها ممارسة ميدانية مع دعم وإشراف قبل الانتقال إلى الوحدة التالية، في غضون أيام أو أسابيع.
- يجب أن تُتبع الندوات التدريبية دائماً بدعم و/أو إشراف ميداني. (انظر النقطة ٧ أدناه).

٥. مراعاة ارتباط محتوى ندوة التوجيه والتدريب – ارتباطاً مباشراً – بالاستجابة المتوقعة للطوارئ:

يمكن أن تشتمل ندوات التوجيه القصير على:

- استعراض إجراءات الأمن، والأمان.
- الطرق التي يتبعها العاملون للتكيف مع المشكلات المتعلقة بالعمل. (انظر صحيفة التدابير ٤.٤).

- ميثاق العمل، والاعتبارات الأخلاقية الأخرى. (انظر صحيفة التدابير ٢.٤).
- تركيز حقوق الإنسان والتوجهات المرتكزة على الحقوق، على المساعدات الإنسانية. (انظر الميثاق الإنساني لمشروع اسفير وصحيفة التدابير ٣.٣).
- أهمية تمكين السكان المحليين، وإشراكهم في أنشطة الإغاثة. (انظر صحيفة التدابير ١.٥).
- المعرفة الأساسية بما لحالات الطوارئ من أثر على الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» للسكان (انظر الفصل ١).
- أساليب الإسعافات النفسية الأولية. (انظر صحيفة التدابير ١.٦).
- طرق تعزيز كرامة السكان المتضررين، بالاستعانة بالدروس المستفادة من حالات الطوارئ السابقة.
- معرفة السياق الاجتماعي الثقافي، والتاريخي المحلي، بما في ذلك:
  - المعرفة الأساسية بالأزمة، ووجهة النظر العالمية تجاه المجموعات السكانية المتضررة.
  - معلومات أساسية عن الاتجاهات الثقافية، والممارسات، ونظم المنظمات الاجتماعية، وكذا الممارسات، والطقوس التقليدية المؤثرة والضارة، وكذا استراتيجيات التكيف.
  - معلومات أساسية عن سلوكيات العاملين التي قد تكون مهينة للثقافة المحلية.
- معلومات عن المصادر المتاحة للإحالة (مثل التتبع، والخدمات الصحية والحماية، والدعم المجتمعي التقليدي، والخدمات القانونية... إلخ).
- معلومات عن كيفية، ومكان المشاركة في جهود التنسيق بين الوكالات.

يمكن أن يشمل محتوى **الندوات التدريبية** ما يلي:

- جميع المعلومات التي غطتها ندوات التوجيه.
- مهارات تقييم الطوارئ للصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، للأفراد، والأسر، والمجتمع.
- أساليب الاستجابة للطوارئ «النفس – اجتماعية»، والصحة النفسية التي يجب تعلمها بسرعة، والتي تعتمد على قدرات المتدربين، وبيئاتهم، وثقافاتهم والتي أثبتت فاعلية في مثل هذا السياق.
- المعارف والمهارات اللازمة لتنفيذ التدخلات التي تكون (أ) جزءاً من الحد الأدنى من الاستجابة و(ب) المحددة على أنها ضرورية في أثناء التقييم (انظر صحيفة التدابير ١.٢). وينسحب هذا على تدريب:

- العاملين الصحيين. (انظر صحيفة التدابير ٤.٥، ١.٦، ٢.٦، ٣.٦، ٤.٦ و٥.٦).
- العاملين المعنيين بالحماية. (انظر صحيفة التدابير ٢.٣، ٣.٣ و٤.٥).
- العاملين المجتمعيين الرسميين وغير الرسميين. (انظر صحيفة التدابير ١.٥، ٢.٥، ٣.٥ و٤.٥).
- المدرسين. (انظر صحيفة التدابير ١.٧).

٦. دراسة سبل وضع برامج تدريب المدربين (TOT) من أجل إعداد المدربين قبل التدريب:

تعمل برامج تدريب المدربين على تثقيف مدربي المستقبل، حتى يتمكنوا من تدريب الآخرين بكفاءة. ويمكن إعداد مدربي التوجيه الموجز، وندوات التدريب، عن طريق هذه البرامج. كما يمكن للبرامج الجيدة والمخصصة لتدريب المدربين إعدادهم لنقل المعلومات إلى مجموعة كبيرة من الأشخاص. إلا أنه يتعين توخي الدقة التامة في عملية تخطيط مثل هذا النوع من التدريب، ويتولى تعليمها المدربون المخضرمون، أصحاب الخبرة، والمهارة.

أما برامج تدريب المدربين سيئة الإعداد – خاصة تلك التي تضم (أ) مدربين مستقبليين دون أية خبرة بالتدريب و(ب) مدربين مستقبليين محدودي الخبرة بالمحتوى التدريبي– فهي تبوء بالفشل، ولا تجدي نفعاً، في دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، بل قد تأتي بآثار سلبية. ومن ثم، وبعد تدريب المدربين، ينبغي توفير نوع من المتابعة لمن يتولون التدريب، ومتدربيهم؛ لضمان دقة التدريب، وجودة استجابة المعونة المقدمة.

٧. بعد أي تدريب، يجب إنشاء نظام للمتابعة للتواصل مع جميع المتدربين، ودعمهم، والتعرف إلى مردود التدريب، والإشراف عليهم، بالشكل الذي يلائم الموقف:

تتضح أهمية الإشراف للتأكد من ممارسة التدريب بالفعل. فالعديد من جهود التدريب تبوء بالفشل بسبب قصور المتابعة. ويجب أن تتبع جميع الندوات التدريبية بمتابعة مستمرة، وتدريب، ورصد، ودعم ميداني، ومعرفة مردود التدريب من خلال التغذية الارتجاعية، و/أو الإشراف. ومن الواجب أن تُوضع أنشطة المتابعة بدقة قبل بدء أي تدريب. ويمكن أن يتولى المتابعة مدربون، أو متخصصون ذوو خبرة، أو زملاء على مستوى جيد من التدريب، أو شبكة نظراء مرتبطة بكلية أو مؤسسات متخصصة ذات صلة (حسبما يتاح).

ومن الأهمية بمكان وجود إشراف – عن كثب – على العاملين الميدانيين الجدد.

٨. توثيق، وتقييم الدورات التدريبية، والتوجيهية؛ لتحديد الدروس المستفادة، التي ينبغي تبادلها مع الشركاء، بغية تعزيز الاستجابة في المستقبل.

المصادر الرئيسة

١. Baron N. (2006). 'The "TOT": A global approach for the Training of Trainers for psychosocial and mental health interventions in countries affected by war, violence and natural disasters'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict, 4*, 109-126. http://www.interventionjournal.com/index1.html

٢. Jensen S.B. and Baron N. (2003). 'Training programs for building competence in early intervention skills'. In: *Reconstructing Early Intervention After Trauma*. Editors: Ørner R. and Schnyder U. Oxford: Oxford University Press. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

٣. Psychosocial Working Group (2006). CD of training manuals from numerous organisations. http://www.forcedmigration.org/psychosocial/

٤. Sphere Project (2004). The Humanitarian Charter. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project. http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm
Arabic version: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

٥. Van der Veer G. (2006). 'Training trainers for counsellors and psychosocial workers in areas of armed conflict: some basic principles'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict, 4*, 97-108. http://www.interventionjournal.com/index1.html

٦. Weine S. et al. (2002). *Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings*. http://www.who.int/mental_health/resources/training_guidelines_for_trauma_interventions.pdf

عينة مؤشرات العملية

- اعتماد محتوى الندوات التدريبية على تقييم الاحتياجات.
- إمكانية مشاركة عمال الإغاثة في الندوات الموجزة، وندوات التوجيه ذات الصلة التي توفر المهارات والمعارف الوظيفية الضرورية حول دعم الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية».
- يتمتع المدربون بمعارف ومهارات سابقة في مجالات العمل ذات الصلة.
- متابعة التدريب بدعم ، وإشراف ميداني.

سريلانكا، ٢٠٠٥

- قامت منظمة محلية غير حكومية لها باع طويل في دعم المعافاة «النفس – اجتماعية» للسكان المتضررين من جراء الحروب – بتركيز أعمالها على دعم الناجين من موجات المد العاتية (تسونامي).
- قامت منظمة غير حكومية بتنظيم ندوات تعليمية قصيرة موجهة لإكساب العاملين الميدانيين الحاليين في المجال «النفس – اجتماعي»، المهارات الأساسية؛ لتقديم دعم أفضل للأشخاص الذين يعانون من مشكلات صحة عقلية، و«نفس – اجتماعية» محددة من جراء تسونامي، ولتعليمهم الطرق العملية للتدخل.
- بعد الندوات التعليمية، جرت متابعة عبر النظام القائم للإشراف الأسبوعي.

صحيفة التدابير ٤.٤

إدارة ومكافحة مشكلات الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» لدى العاملين والمتطوعين

المهمة: الموارد البشرية

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

يميل الأفراد العاملون في بيئات الطوارئ إلى العمل لساعات طويلة تحت ضغوط شديدة الوطأة في ظل قيود أمنية صعبة. ويعاني العديد من العاملين المعنيين بالمعونة من قصور الدعم الإداري والتنظيمي، وهو ما يصفونه بأنه أكبر عناصر الضغط، ناهيك عن الشعور بالتعاسة، والرعب، والخطر مما يعصف بالجانب الانفعالي عندهم، بل ومن الممكن أن تؤثر على الصحة النفسية للعاملين المعنيين بالمعونة مدفوعي الأجر والمتطوعين، سواء المواطنين أو الوافدين من الخارج.

ويُعد تقديم الدعم للتخفيف من وطأة التداعيات «النفس – اجتماعية» المحتملة والناجمة عن العمل في أوضاع الطوارئ، التزاماً أخلاقياً، ومسئولية تقع على عاتق المنظمات التي تعرض العاملين إلى أقسى ظروف ممكنة. ولضمان فاعلية المنظمات؛ يحتاج المديرون إلى الحفاظ على صحة، ومعافاة العاملين. وهناك حاجة ماسة إلى إيجاد نهج نظامي متكامل لرعاية العاملين في جميع مراحل التوظيف – بما في ذلك حالات الطوارئ، وعلى جميع مستويات المنظمة؛ للحفاظ على معافاة العاملين، والكفاءة التنظيمية.

وتشير كلمة «العاملين» في صحيفة التدابير إلى العاملين مدفوعي الأجر، والمتطوعين سواء المحليين أو الدوليين، بما في ذلك السائقين والمترجمين، والعاملين التابعين لأية منظمة. ومن حيث المبدأ، ينبغي أن تكون إجراءات الدعم متساوية بالنسبة للعاملين المحليين والدوليين. على الرغم من هذا؛ يوجد بعض الفروق الهيكلية بين الاثنين. فعلى سبيل المثال، غالباً ما تُستقطب العمالة المحلية من منطقة وقوع الأزمة، الذين يتزايد احتمال تعرضهم لأحداث أو ظروف شديدة الوطأة. كما أنهم لا يتمكنون، هم، وأسرهم – غالباً – من مغادرة منطقة وقوع الأزمة عندما يسوء الوضع الأمني على عكس العاملين الدوليين، الذين تتوافر لهم عمليات الإجلاء. وإن كان العاملون الدوليون يتعرضون لعوامل ضغط بسبب انفصالهم عن قاعدة دعمهم، والصدمة الثقافية، وصعوبة التكيف مع ظروف معيشية صعبة. ومما يدعو للأسف أن هذه الاختلافات وغيرها يتم تجاهلها أو غض الطرف عنها من قبل نظم دعم العاملين. ويجب على المنظمات الإنسانية رفع مستوى أدائها في مجال دعم العاملين، والحد من ممارسات التمييز بين العاملين المحليين، والدوليين.

التدابير الأساسية

١. ضمان توافر خطة واقعية؛ لتعزيز معافاة العاملين، وحمايتهم، إبان حالات طوارئ محددة:

- في حين يكون لدى معظم الوكالات سياسة عامة لرفاهية العاملين في حالات الطوارئ، يجب أن يكون لديها في كل حالة طوارئ خطة واقعية للدعم المسبق للعاملين. ويجب أن تكون الأنشطة في إطار هذه الخطة جزءاً من الميزانية العامة لحالة الطوارئ، وأن تتسق مع النقاط الموضحة أدناه:

٢. إعداد العاملين للقيام بواجبات وظائفهم، وتهيئتهم للتواؤم مع بيئة الطوارئ.

- ضمان حصول العاملين المحليين والدوليين على معلومات عن (أ) وظائفهم (انظر النقاط الأربع التالية). و(ب) الأوضاع البيئية، والأمنية السائدة، والتغيرات التي قد تطرأ عليها مستقبلاً. هذا إلى جانب إمداد العاملين الدوليين (وأيضاً المحليين، عندما يكون ذلك ملائماً) بمعلومات عن البيئة المحلية من الناحية الاجتماعية الثقافية، والتاريخية، وتشمل:
  - أ. معرفة أساسية بالأزمة، ووجهات نظر العالم، بشأن السكان المتضررين.
  - ب. معلومات أساسية حول التوجهات الثقافية المحلية، وممارسات، ونظم المنظمات الاجتماعية.
  - ج. معلومات أساسية عن سلوكيات العاملين التي قد تتسبب في تعكير صفو البيئة المحلية من الناحية الاجتماعية، والثقافية.
- ضمان تلقي العاملين تدريباً كافياً على الأمن والأمان.
- ضمان إطلاع جميع العاملين على طيف كبير من مؤشرات الضغط (بما في ذلك، ودون حصر: الإجهاد التالي للصدمة)، وأساليب إدارة الضغوط، وعلى أية سياسة تنظيمية متوافرة للدعم النفس – اجتماعي للعاملين.
- ضمان توافر عاملين مخضرمين معنيين بالإدارة الميدانية.

٣. تهيئة بيئة عمل صحية:

- تنفيذ سياسة المنظمة لدعم العاملين، بما في ذلك بند الراحة، والاستجمام. وعندما لا تسمح البيئة بممارسة أنشطة غير مرتبطة بالعمل، يجب مراعاة تنظيم تكرار فرص الراحة والاستجمام بشكل أكبر.
- التأكد من توافر الغذاء، والإصحاح الملائم للعاملين، مع وضع ديانة العاملين، وثقافتهم في الحسبان.

- التصدي لممارسات العاملين لأنماط معيشية مفرطة، وغير صحية، مثل الإفراط في تناول الكحوليات.
- توفير بعض الخصوصية في الإعاشة (مثل توفير أماكن عمل ومعيشة منفصلة، إن أمكن).
- تحديد ساعات العمل، وتنظيم أوقات العمل الإضافية، مع تقسيم عبء العمل بين العاملين. وإن كان لا مناص من تواصل العمل ٢٤ ساعة في اليوم على مدار الأسبوع خلال الأسابيع الأولى من حالة الطوارئ، فيجب مراعاة تناوب العاملين بنظام الورديات. ويفضل تحديد ورديات من ثماني ساعات، إلا أنه إذا تعذر هذا، فيجب ألا تتجاوز مدة العمل اثنتي عشرة ساعة. وتخصيص اثنتي عشرة ساعة للراحة، حتى يمكن تحمل الوضع لمدة أسبوع أو أسبوعين في الأحوال الطارئة، إلا أنه سيكون من المفيد تخصيص نصف يوم إضافي إلى جدول الراحة كل خمسة أيام تقريباً. وكلما ارتفعت درجة حرارة البيئة، أو برودتها، أو كلما ازدادت الضغوط زادت الحاجة إلى فترات راحة أطول.
- تيسير الاتصال بين العاملين وأسرهم، وغيرها من آليات الدعم القائمة.

٤. التعاطي مع عناصر الضغط المحتملة المرتبطة بالعمل:

- ضمان توفير توصيف وظيفي واضح ومحدد.
  - تحديد الأهداف، والأنشطة.
  - التأكد من استيعاب العاملين لأدوارهم، ومهامهم تماماً.
  - ضمان توافر خطوط إدارة واتصال واضحة.
- إجراء تقييم يومي للوضع الأمني، وغيره من مصادر الضغط المحتملة، الناجمة عن الموقف المتأزم.
- ضمان توافر تجهيزات كافية لأمن العاملين (سترات واقية من الرصاص، وأجهزة اتصال).
- ضمان المساواة بين العاملين (المحليين والدوليين، ومستويات الإدارة العليا والدنيا) في القرارات الشخصية بقبول المخاطر الأمنية. ويجب ألا يُجبر العاملون المحليون على تحمل مخاطر لا يُسمح أو لا يرغب العاملون الدوليون في تحملها.
- تنظيم اجتماعات أو إعداد مذكرات دورية للعاملين أو فرق العمل.
- ضمان توفير إشراف فني كافٍ ومراعٍ للخصوصية الثقافية (مثل إشراف سريري) للعاملين المعنيين بالدعم النفسي والمعافاة «النفسية – الاجتماعية». (انظر صحيفة التدابير ٣.٤).

- تكوين فرق العمل، وتسهيل الاندماج بين العاملين المحليين والدوليين، وحل الخلافات بين فرق العمل وغيرها من النزعات السلبية.
- ضمان توافر مساندة «لوجيستية»، وخطوط إمداد بالمواد المطلوبة بشكل ملائم.
- ضمان قيام الإدارة العليا بزيارات دورية للمشروعات الميدانية.

٥. ضمان الحصول على الرعاية الصحية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» للعاملين.

- تدريب بعض العاملين على تقديم دعم مناظِر، بما في ذلك إدارة الضغط العام، والإسعافات النفسية الاجتماعية الأساسية الأولية (لوصف الإسعافات السيكولوجية الأساسية الأولية. انظر صحيفة التدابير ١.٦).
- تنظيم حصول العاملين المحليين الذين قد لا يتمكنون من مغادرة منطقة الطوارئ على دعم للصحة النفسية (بما في ذلك الدعم النفسي)، ودعم نفسي اجتماعي، ورعاية صحية بدنية ملائمة ثقافياً.
- ضمان توفير متخصص على أهبة الاستعداد للتعاطي مع شكاوى العاملين النفسية العاجلة (مثل مشاعر الميل إلى الانتحار، والمرض النفسي، والاكتئاب الحاد، وردود أفعال الاضطراب الحاد التي تؤثر على الأداء اليومي، وفقد السيطرة على الانفعال بشكل ملحوظ... إلخ). ويجب مراعاة الخوف من الوصمة على رغبة العاملين في الحصول على دعم للصحة النفسية، ومواءمة المساندة وفقاً لهذا (فعلى سبيل المثال قد يخشى العاملون الدوليون من إعادتهم إلى بلادهم إذا سعوا للحصول على المساعدة).
- ضمان حصول العاملين على أدوية واقية من الأمراض مثل اللقاحات، والأدوية المضادة للملاريا، والواقي الذكري، وأيضاً الحصول على الأدوية الواقية بعد التعرض للمرض (عندما يكون ذلك مناسباً)، وضمان توافر أدوية الأمراض العضوية المنتشرة بين العاملين.
- ضمان توافر إجراءات للإخلاء الطبي (بما في ذلك الإخلاء بسبب اعتبارات الصحة النفسية) أو تدابير الإحالة، مع الاعتماد على وجود عمال على مستوى مناسب من التدريب الطبي لمصاحبة من يتم إجلاؤهم.

٦. تقديم الدعم للعاملين الذين واجهوا أو شهدوا أحداثاً عنيفة (أحداث خطيرة):

- بالنسبة لجميع الناجين من الحوادث الخطيرة، يجب التعجيل بتقديم الإسعافات السيكولوجية الأولية المتاحة (للإطلاع على الإسعافات السيكولوجية الأولية،

انظر صحيفة التدابير ١.٦). وكجزء من الإسعافات السيكولوجية الأولية، يجرى تقييم احتياجات الناجين، ومخاوفهم الأساسية، والتعامل معها. وعلى الرغم من أنه ينبغي توفير فرص طبيعية يتشارك فيها الناجون في خبراتهم، إلا أنه يجب ألا يجبروا على وصف الحوادث بالتفصيل، ولا يجوز الضغط عليهم للمشاركة في تجارب الناجين الآخرين، والاستماع إلى تفاصيلها. ولابد من مناقشة سبل التكيف (الايجابية والسلبية) مع حظر تعاطي المسكرات والمخدرات بوضوح كطريقة للتكيف، لأن الناجين غالباً ما يتعرضون للخطر المتزايد بالتحول إلى الإدمان.

- توفير مواد العناية الذاتية المناسبة (انظر صحيفة التدابير ٢.٨ للإطلاع على التوجيه الخاص بتطوير مواد ملائمة للثقافة). وينبغي أن تشمل هذه المواد معلومات الاتصال الخاصة بمسئول أخصائي الصحة النفسية لرفاهية العاملين في حالة رغبة الناجين في الحصول على المساعدة؛ لمواجهة المحن باختلاف درجاتها.
- عندما تكون المحنة التي تعرض لها الناجون وخيمة للغاية لدرجة أن تؤثر على أدائهم الأساسي (أو أصبحوا يمثلون خطراً على أنفسهم أو على الآخرين)؛ ينبغي أن يتوقفوا عن العمل لتلقي رعاية فورية على يد أخصائي صحة نفسية مدرب على علاج الضغط النفسي الحاد الناتج عن إصابة والمرتكز على البينات. وقد يلزم تنفيذ إخلاء طبي بصحبة مُرافق.
- ضمان اتصال أخصائي الصحة النفسية بالعاملين المحليين والدوليين (بمن فيهم من مترجمين وسائقين ومتطوعين... إلخ)، ممن نجوا من حادث خطير بعد شهر إلى ثلاثة أشهر من الحادث. ويجب أن يقيم الأخصائي أداء الناجين وشعورهم، وإحالة من يعانون من مشكلات جوهرية، لم يتعافوا منها مع الوقت، إلى العلاج السريري.

٧. توفير دعم ما بعد التوظيف وأداء المهمة:

- تلقي أعضاء هيئة العاملين إحاطة تقنية، وتقييم للوظيفة من كبار العاملين المخضرمين.
- خضوع أعضاء هيئة العاملين لفحص شامل، بما في ذلك استعراض الضغوط وتقييمها.
- إتاحة آليات دعم العاملين عند الطلب.
- توفير مواد معلوماتية موجزة لمساعدة الأفراد على فهم الضغوط وإداراتها. وينبغي أن تشتمل هذه المواد على قائمة إحالة محدثة لأخصائي الصحة النفسية، وكذا فرص الدعم من قبل القرناء.

المصادر الرئيسة

١. Action Without Borders/Idealist.org (2004). Website with resources on stress management for aid workers, managers and workers, families. http://www.psychosocial.org

٢. Antares Foundation (2005). *Managing Stress in Humanitarian Workers. Guidelines for Good Practice*. Amsterdam: Antares Foundation. www.antaresfoundation.org

٣. Headington Institute (2005). Various resources and free online training modules on understanding and coping with the stress associated with humanitarian work. http://www.headington-institute.org

٤. McFarlane C. (2004). 'Adjustment of humanitarian aid workers'. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. ISSN: 1174-4707, Volume 2004-1. http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2004-1/mcfarlane.htm

٥. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (Second edition). http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf

(ويعيب هذا المصدر أنه أُعد خصيصاً لأماكن الكوارث بالغرب. ويوضح هذا الدليل نموذجاً متقدماً للمعونات الأولية السيكولوجية؛ نظراً لإعدادها للمهنيين الصحيين الذين سبق تدريبهم).

٦. People in Aid (2003). *Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-en.pdf.

عينة مؤشرات العملية

- مولت المنظمة خططاً لحماية معافاة العاملين، وتعزيزها لمواجهة الطوارئ.
- تلقي العاملين الناجين من حادث خطير إسعافات سيكولوجية أولية فورية.
- خضوع العاملين الناجين من حادث خطير بانتظام للفحص لاكتشاف أي متاعب متعلقة بالصحة النفسية، خلال فترة تتراوح ما بين شهر إلى ثلاثة أشهر بعد الحادث، مع اتخاذ ترتيبات لتوفير الدعم الملائم عند الضرورة.

مثال: تجربة إحدى المنظمات الدولية غير الحكومية في عام ١٩٩٩

- بعد تعرضهم لموقف عنيف أُخذوا فيه كرهائن، تلقى جميع العاملين المحليين والدوليين معلومات ميدانية عن كيفية، ومكان تلقى الدعم من أحد الأطباء المحليين أو الأجانب أو أحد العاملين في مجال الصحة النفسية في أي وقت كان.
- خلال الأيام التالية نظم مستشار العاملين اجتماعين ليتعرف أحوال العاملين. كما نظم رعاية (وإخلاءً طبياً) لشخص يعاني من مشكلة قلق حاد.
- بعد مرور شهر واحد، اتصل أحد المتطوعين المدربين بجميع العاملين المحليين والدوليين للوقوف على معافاتهم.

صحيفة التدابير ١.٥

تهيئة الظروف لتعبئة المجتمع، وتعزيز الشعور بالانتماء وملكية الاستجابة للطوارئ والرقابة عليها في جميع القطاعات

المهمة: استنهاض المجتمع، والدعم

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

يجب – بقدر الإمكان – أن يتولى الأشخاص المتضررون، وكذا الهياكل المسئولة عن معاونتهم، بما فيها أجهزة الحكومة المحلية؛ عملية الاستجابة للطوارئ، وإدارتها. ويشير مصطلح «استنهاض المجتمع» في هذه الضوابط الإرشادية إلى الجهود المبذولة من داخل المجتمع وخارجه بما فيها (مجموعات الأشخاص، الأسر، الأقرباء، النظراء، الجيران، أو غيرهم ممن لهم مصلحة عامة)، في جميع المناقشات، والقرارات، والتدابير، التي تؤثر عليهم، وعلى مستقبلهم. ومع تزايد مشاركة المواطنين، يصبحون أكثر أملاً، وقدرةً على التكيف، وإسهاماً في إعادة بناء حياتهم ومجتمعاتهم. وفي كل مرحلة يجب أن تدعم جهود الإغاثة المشاركة، وأن تستكمل الجهود التي بدأها السكان المحليون بالفعل لمساعدة أنفسهم، مع تجنب القيام بالهمام التي يمكن لهم القيام بها بأنفسهم.

ويمكن أن تأتي المشاركة المجتمعية في درجات عدة كما يلي:

- يتحكم المجتمع – إلى حد كبير – في تقديم المساعدات، ويقرر ماهية استجابات المعونة اللازمة، في حين تقوم المنظمات الحكومية، وغير الحكومية، بتقديم الدعم، والنصح المباشر.
- يؤدي المجتمع أو الأفراد الذين يمثلونه دوراً تشاركياً متساوياً، في أيه قرارات وأنشطة مهمة، تنفذ بالمشاركة مع منظمات حكومية، وغير حكومية، وأطراف مجتمعية فاعلة.
- يتم التشاور مع المجتمع أو الأفراد الذين يمثلونه بشأن جميع القرارات المهمة.
- يؤدي المجتمع دور الشريك المنفذ (في دعم توزيع الطعام، أو أنشطة المساعدة الذاتية، على سبيل المثال)، في حين تتخذ المنظمات الحكومية، وغير الحكومية، القرارات المهمة.
- عدم إشراك أفراد المجتمع في تصميم أنشطة الإغاثة، وقصر دورهم على المشاركة فقط في تنفيذها.

خطوات مهمة في سبيل استنهاض المجتمع

- إدراك أفراد المجتمع أن لديهم اهتماماً مشتركاً، وأنهم سيكونون أكثر فاعلية إذا ما عملوا معاً. («إننا بحاجة للعمل معاً للتعامل مع هذا الشيء»).
- تنمية الشعور بالمسئولية، والملكية، التي تأتي مع هذا الاعتراف. («إن هذا الأمر يحدث لنا، ويمكننا عمل شئ حياله»).
- تحديد موارد المجتمع، ومعارفه الداخلية، والمهارات، والمواهب الفردية. («المؤهلون للعمل، وما يقومون به، والموارد المتاحة، والأمور الأخرى التي يمكنا الاضطلاع بها).
- تحديد المسائل ذات الأولوية («إن ما يقلقنا حقيقة هو...»).
- يقوم أفراد المجتمع بتخطيط، وإدارة الأنشطة، باستخدام الموارد الداخلية.
- زيادة قدرة أفراد المجتمع على مواصلة، وزيادة فاعلية هذا الإجراء.

منقولة عن: Donahue and Williamson (1999), *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS*, Displaced Children and Orphans Fund.

من الأهمية بمكان ملاحظة أن المجتمعات تميل إلى ضم مجموعات فرعية متعددة ذات احتياجات مختلفة، وتتنافس من أجل النفوذ، والسلطة. ويتطلب إيجاد مشاركة مجتمعية حقيقية فهم هيكل السلطة المحلية، وأنماط الصراعات داخل المجتمع، وسبل العمل مع جماعات فرعية مختلفة، وتجنب إعطاء امتيازات لمجموعات معينة.

وتحدد أوجه الموقف السياسي، والطارئ، مدى المشاركة المثلى. وفي المواقف العاجلة أو الخطيرة للغاية؛ يكون من الضروري تقديم خدمات بقليل من المدخلات المجتمعية. كما قد تؤدي مشاركة المجتمع في حالة مخالطة المجرمين للضحايا إلى إحداث حالة من الرعب والقتل (كما حدث في أزمة البحيرات العظمى في عام ١٩٩٤، على سبيل المثال). ومع هذا، تكون مستويات أعلى من المشاركة ممكنة، بل ومطلوبة، في معظم الأحوال. وتوضح التجارب السابقة أنه يتوقع أن تؤدي أعداد كبيرة من أفراد المجتمع عملها على نحو يمكنها من أداء أدوار قيادية في تنظيم مهام الإغاثة، وأن الغالبية العظمى قد تساعد في تنفيذ أنشطة الإغاثة. وعلى الرغم من إدعاء وكالات المساعدات الخارجية أنها لا تملك الوقت الكافي للتحدث إلى السكان المحليين، إلا أنها مطالبة بالتحدث إليهم، والتعلم منهم، وأن تعمل على إيجاد الوقت الكافي لهذا الأمر.

وبرغم ذلك، فإننا بحاجة إلى تبني منهج حاسم. فغالباً ما تحث العمليات الخارجية المجتمعات على التكيف مع برامج عمل منظمات المعونة. فعلى سبيل المثال، بعد مرور عام على كارثة تسونامي في جنوب شرق آسيا، وفي مسح نفسي اجتماعي شامل لمجتمع يضم ٥٠ أسرة في شمالي سريلانكا – أشار السكان إلى ٢٧ منظمة غير حكومية مختلفة، تعرض المساعدة، أو تقدمها بالفعل. وقال أحد السكان – الذين أجرى معهم حوار – :
«لم يسبق أن كان لنا زعماء. فمعظم السكان تربطهم صلة القرابة. وعندما كان أي شخص يواجه مشكلة ما، كان الجيران يسارعون بتقديم المساعدة. إلا أن بعض الأشخاص يتصرفون الآن كما لو كانوا زعماء، للتفاوض بشأن التبرعات. ولم يعد الأقرباء يساعد بعضهم بعضاً».

كما هو واضح من هذا المثال، نجد أن تيسير درجات أعلى من مشاركة المجتمع مع وكالات متعددة، لها برامج عمل خاصة، وتقوم بعرض المعونة، دون أن يكون لديها علاقات قوية بالمجتمع، أو أن تكون على دراية بطبيعة المجتمع، قد يكون مدمراً، فمن الأهمية بمكان، تهيئة الظروف التي تنظم فيها المجتمعات الاستجابة بأنفسها، بدلاً من إجبار المجتمع على الالتزام ببرامج عمل خارجية.

التدابير الأساسية

١. تنسيق الجهود لتعبئة المجتمعات:

- البحث، والتنسيق الفعال، مع العمليات القائمة بالفعل؛ لتعبئة المجتمع. (انظر صحيفة التدابير ١.١).
- غالباً ما يكون للسكان المحليين قادة رسميون وغير رسميون، وكذا هياكل مجتمعية، يمكن أن تساعد في التنسيق، مع ضرورة التأكد من عدم استثنائهم أشخاصاً بعينهم.
- عند وجود خدمات حكومية داعمة؛ يكون من المهم العمل بالمشاركة مع الحكومة المحلية.

٢. تقييم البيئة السياسية، والاجتماعية، والأمنية، في أقرب مرحلة ممكنة:

بالإضافة إلى استعراض المعلومات العامة عن البيئة، وجمعها (انظر صحيفة التدابير ١.٢)، يجب (أ) الانتباه إلى الكثير من الأشخاص المتضررين، والتحدث إليهم، بصفة غير رسمية. (ب) تحديد مصادر المعلومات سواء من الذكور، والإناث، والتحدث إليهم (مثل الزعماء، والمدرسين، والمعالجين... إلخ) الذين يمكنهم المشاركة في المعلومات عن:

- مسائل السلطة، والتنظيم، وعمليات صنع القرار داخل المجتمع.
- القواعد الثقافية الواجب إتباعها.
- الصعوبات، والأخطار، الواجب إدراكها، عند استنهاض المجتمع.

٣. التحدث مع عدد من مصادر المعلومات الرئيسة، والجماعات الرسمية وغير الرسمية، ومعرفة كيفية تنظيم السكان المحليين لجهود الإغاثة، وكيف يمكن للوكالات المختلفة المشاركة فيها:

تضم المجتمعات جماعات فرعية تختلف (بعضها عن بعض) من حيث المصالح، والسلطة. وينبغي مراعاة هذه الجماعات في جميع مراحل استنهاض المجتمع. وغالباً ما يكون من المفيد الالتقاء بشكل منفصل مع مختلف الجماعات الفرعية المحددة حسب الديانة، والعرق، والتقارب السياسي، والنوع الاجتماعي، والسن، والطائفة، والطبقة الاجتماعية، والاقتصادية. وتوجه للمجموعات أسئلة مثل:

- كيف واجه السكان المحليون الأزمة، في حالات الطوارئ السابقة؟
- ما هي الطرق التي يتبعها السكان حالياً في مساعدة بعضهم لبعض؟
- كيف يمكن للسكان هنا المشاركة في مواجهة حالة الطوارئ؟
- من هم الأشخاص أو الجماعات الرئيسة التي يمكنها المساعدة في تنظيم عمليات الدعم الصحي والمأوى،... إلخ؟
- كيف يمكن لكل منطقة في مخيم أو قرية ما، إضفاء نوع من الخصوصية على الحيز المكاني المخصص لها؟
- هل سيكون من المفيد تنشيط الهياكل الموجودة مسبقاً، وكذا عمليات صنع القرار؟ إذا كانت الإجابة بنعم، ما الذي يمكن عمله لتمكين الأشخاص في محيط المخيم من تجميع أنفسهم (عن طريق قرية أو عشيرة، على سبيل المثال)؟
- إذا كانت هناك صراعات على الموارد أو المرافق، كيف يمكن للمجتمع إنهاؤها؟ وما هي الإجراءات المطلوبة لتسوية الخلافات؟

٤. تيسير مشاركة المهمشين:

- الانتباه إلى مسائل السلطة، والجور الاجتماعي.
- إدراج الأشخاص المهمشين في تخطيط المساعدات، وإيصالها.
- بدء مناقشات حول سبل تمكين الجماعات المهمشة، وتلك التي تحول دون الوصم، أو التمييز، أو تحد منه.
- يجب أن تكون هذه المناقشات – إن أمكن – متسقة مع الحاجة إلى الانتباه إلى هياكل السلطة القائمة، بما فيها هياكل الحكومة المحلية.

- إشراك الشباب، الذين قد يمثلون مشكلات كبيرة، باعتبارهم موارد قيمة للاستجابة للطوارئ؛ لأنهم غالباً ما تكون لديهم القدرة على التكيف بسرعة، وبإبداع، مع الظروف سريعة التغير.

٥. إنشاء مناطق آمنة، وكافية، مبكراً؛ لدعم مناقشات التخطيط، وبث المعلومات:

تسمح المناطق الآمنة – التي يمكن أن تكون مغطاة أو مفتوحة – للجماعات، بالالتقاء لتخطيط كيفية مشاركتهم في الاستجابة لحالات الطوارئ، وتنفيذ أنشطة المساعدة الذاتية (انظر صحيفة التدابير ٥.٢)، أو الأنشطة الدينية والثقافية (انظر صحيفة التدابير ٥.٣). كما يمكن أن تُخصص الأماكن الآمنة لحماية الأطفال، ودعمهم (انظر صحيفة التدابير ٣.٢ و٥.٤) لأنشطة التعلم (صحيفة التدابير ٧.١)، ولنقل المعلومات المهمة إلى أفراد المجتمع. (انظر صحيفة التدابير ٨.١ و٨.٢).

٦. تعزيز عمليات استنهاض المجتمع:

- تنظيم مناقشات – حسبما تسمح الأوضاع الأمنية – حول البيئة الاجتماعية، والسياسية، والاقتصادية، وأسباب الأزمة. ولا مراء في أن تعزيز الشعور بالأغراض المتوخاة، والهدف المقصود من شأنه أن يكون مصدراً قوياً للدعم «النفس – اجتماعي».
- تهيئة الظروف لعملية تفكير جماعي، تضم الأطراف الفاعلة، وجماعات المجتمع الرئيسة، أو المجتمع ككل، بشأن:
  - التعامل مع نقاط الضعف الحالية، والمتوقعة في المستقبل.
  - إمكانات وقدرات التعامل معها.
  - مصادر المرونة التي حددتها الجماعة.
  - الآليات التي ساعدت أفراد المجتمع في الماضي على التكيف مع المأساة، والعنف، والخسائر.
  - المنظمات (مثل الجماعات النسائية المحلية، أو جماعات الشباب، أو المنظمات المهنية، أو العمالية، أو السياسية) التي يمكن إشراكها في عملية تقديم المساعدات.
  - كيف استجابت مجتمعات أخرى بنجاح إبان الأزمات؟

- تتمثل إحدى الأنشطة الجوهرية لعملية التعبئة التشاركية في معاونة الأشخاص المعنيين على الارتكاز إلى مكامن القوة الموجودة بالفعل في المجتمع، وأماكن تواجد أفراد المجتمع حالياً، وإلى أين يرغبون الذهاب، وطرق، وأساليب تحقيق ذلك. ويعني تيسير هذه العملية تهيئة الظروف للسكان لتحقيق أهدافهم بطريقة غير توجيهية، وتحاشي التعليمات بقدر الإمكان. وإذا دعت الحاجة، قد يكون من المفيد تنظيم أنشطة (مثل مناهج التعليم المرتكزة إلى السكان)، التي من شأنها إيجاد حوار بناء، وتبادل المعلومات. ويجب تسجيل هذه العملية التأملية – إذا سمحت الموارد – لتوزيعها على المنظمات الأخرى العاملة، في مجال تعبئة المجتمع.
- ينبغي أن تؤدي العملية السابقة إلى مناقشة «خطط عمل» الطوارئ التي تنسق الأنشطة، وتوزع الواجبات، والمسئوليات؛ مع وضع الأولويات المتفق عليها، وجدوى التدابير، في الحسبان. كما يجب أن يتنبأ التخطيط بالتصورات الأبعد مدى، وتحديد الإجراءات المثمرة مسبقاً. ومن الواجب أن يُفهم بوضوح ما إذا كانت المسئولية تقع على عاتق المجتمع نفسه أو على عاتق أطراف خارجية (مثل الحكومة نفسها، على سبيل المثال. فإذا كانت مسؤلية المجتمع فيمكن طرح خطة عمل مجتمعية، بينما إذا كانت مسئولية أطراف خارجية؛ يمكن – إذاً – تقديم خطة مساندة للمجتمع.

المصادر الرئيسة

١. Action on the Rights of the Child. *Community Mobilisation*.
http://www.savethechildren.net/arc/files/f_commmob.pdf

٢. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*.
http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf (English).

٣. Donahue J. and Williamson J. (1999). *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS*. Displaced Children and Orphans Fund. http://pdf.dec.org/pdf_docs/pnacj024.pdf

٤. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revised 2007). *Camp Management Toolkit*. http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071

٥. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). *Journey of Life – A Community Workshop to Support Children*. http://www.repssi.org/home.asp?pid=43

٦. Segerström E. (2001). 'Community Participation' in *The Refugee Experience*, Oxford Refugee Studies Centre. http://earlybird.qeh.ox.ac.uk/rfgexp/rsp_tre/student/commpart/com_int.htm

٧. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, Common standard 1: participation, pp.28-29. Geneva: Sphere Project.
http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm
Arabic version: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

٨. UNHCR (2002). *Guide for Shelter Planning* (chapters on Community Participation and Community Organising).
http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/opendoc.pdf?tbl=PARTNERS&id=3c4595a64 (English);

٩. UNHCR (2006). Tool for Participatory Assessment in Operations.
http://www.unhcr.org/publ/PUBL/450e963f2.html

عينة لمؤشرات عملية

- أُقيمت مناطق آمنة، وتُستخدم لاجتماعات التخطيط، والتشارك في المعلومات.
- يجري السكان المحليون لقاءات دورية، حول كيفية تنظيم الاستجابة للطوارئ، وتنفيذها.
- يتم إشراك الرجال، والنساء، والشباب المحليين – بمن فيهم مَن ينتمون إلى جماعات مهمشة – في صنع القرارات المهمة، في حالة الطوارئ.

مثال: المكسيك، ١٩٨٥

- في عام ١٩٨٥ – في أعقاب الزلزال المدمر الذي ضرب مكسيكو سيتي – حيث كان للمواطنين منظمات مجتمعية قوية سابقاً، نظم السكان المحليون – أنفسهم – جهود الإغاثة في حالة الطوارئ.
- قام الجيران المحليون بمعظم أعمال النظافة، وتوزيع الطعام وغيره من المؤن، ونظموا أماكن الإيواء المؤقتة، كما وضعوا تصميم الأحياء السكنية الجديدة.
- تحولت الاستجابة للطوارئ إلى حركة اجتماعية، قدمت المساعدة للمواطنين، لمدة خمس سنوات.
- لم تظهر الدراسات التي أُجريت بعد ثلاث أو خمس سنوات من الزلزال؛ أية زيادة لانتشار مشكلات الصحة النفسية، بعد ذلك الزلزال المدمر.

صحيفة التدابير ٢.٥

تيسير الدعم الذاتي: المجتمعي، والاجتماعي

المهمة: استنهاض المجتمع، والدعم

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

لدى جميع المجتمعات سبل دعم «نفس – اجتماعي»، وموارد للمواجهة، والتكيف؛ فعالة، وموجودة بصورة طبيعية. وتقريباً، تضم جماعات المتضررين كافة من حالة الطوارئ، أفراداً يقدمون المساعدة؛ يلجأ إليهم المواطنون للحصول على المعافاة «النفس – اجتماعية» في أوقات الحاجة. وينبغي أن تقوم الأسر والمجتمعات، باتخاذ خطوات عاجلة؛ لاستنفار أوجه الدعم المحلية، وتقويتها، وتشجيع روح المساعدة الذاتية في المجتمع.

ولا مراء في أن تشجيع المساعدة الذاتية يعد أمراً حيوياً للغاية، لأن تمتع المواطنين بقدر من السيطرة على بعض نواحي حياتهم، يعزز صحتهم العقلية، ومعافاتهم «النفس – اجتماعية»، في أعقاب التجارب القاسية التي مرت بهم. ويتوافر لجماعات المتضررين هياكل رسمية، وغير رسمية، ينظمون أنفسهم من خلالها؛ لتلبية الاحتياجات الجماعية. وحتى إذا تعطلت هذه الهياكل، يمكن إعادة تنشيطها، ودعمها، كجزء من تقديم استجابة فاعلة للطوارئ. وستمكن تقوية أنظمة، وهياكل الدعم المحلية القائمة، والارتكاز والبناء عليها – من تنفيذ استجابات مجتمعية مملوكة محلياً، ومضمونة الاستمرار، نظراً لملاءمتها للناحية الثقافية. وفي ظل هذا التوجه، لا يعتمد دور الوكالات الخارجية على تقديم خدمات مباشرة، وإنما يركز على تيسير أوجه المعافاة «النفس – اجتماعية» التي تعزز قدرات الموارد المتاحة محلياً.

ويتطلب تيسير الدعم الاجتماعي، والمساعدة الذاتية في المجتمع؛ قدر من الحساسية، والتفكير النقدي. فالمجتمعات – غالباً – ما تضم جماعات فرعية متنوعة، ومتنافسة؛ ذات برامج عمل، ومستويات للسلطة متباينة. ومن الضروري تجنب تقوية جماعة فرعية معينة، وتهميش الآخرين، وكذا يجب تعزيز إدماج الأشخاص المهمشين أو المستبعدين من أنشطة الجماعة.

التدابير الأساسية

١. تحديد الموارد البشرية في المجتمع المحلي:

تضم هذه الموارد – على سبيل المثال – الشيوخ ذوي المكانة، وقادة المجتمع، بمن فيهم قادة الحكومة المحلية والمعالجون الشعبيون، وزعماء الجماعات الدينية، والمدرسون، والعاملون الصحيون، والمعنيون بالصحة النفسية، والأخصائيون الاجتماعيون، وجماعات الشباب، والنساء، والجيران، وقادة الاتحادات، وكبار رجال الأعمال.

وتتمثل إحدى الاستراتيجيات القيمة في رسم خريطة للموارد المحلية (انظر أيضاً صحيفة التدابير ١.٢)، عن طريق سؤال أفراد المجتمع عن الأشخاص الذين يلجأون إليهم طلباً للدعم في أوقات الأزمات. ويُتوقع أن يتكرر ذكر أسماء أو جماعات بعينها، مشيرة إلى مقدمي المساعدة المحتملين بين السكان المتضررين.

- مقابلة مقدمي المساعدات المحددين، والتحدث معهم، بمن فيهم أفراد الجماعات المهمشة، مع الاستفسار منهم، عما إذا كانوا في وضع يسمح لهم بتقديم المساعدة.
- تحديد الجماعات الاجتماعية، أو الآليات التي كانت تعمل بفاعلية، قبل حدوث حالة الطوارئ، والتي يمكن إحياؤها؛ للمساعدة على تلبية الاحتياجات العاجلة. وقد تشمل جماعات: العمل الجماعي، والمساعدة الذاتية، وروابط الادخار والائتمان الدورية، وجمعيات دفن الموتى، والجماعات الشبابية والنسائية.

٢. تيسير عملية تحديد المجتمع للتدابير ذات الأولوية، عن طريق «تقييم ريفي تشاركي»، وغيره من الطرق التشاركية:

- تحديد أوجه الدعم المتخصصة، وغير المتخصصة المتاحة، التي يمكن تنشيطها، أو تقويتها، على الفور.
- تعزيز عملية تفكير جماعي في ماضي السكان، وحاضرهم، ومستقبلهم، مما يساعد على عملية التخطيط. وتقييم قدرات جهات الدعم التي كانت تعمل في الماضي، لكنها تعطلت بفعل الظروف الطارئة. ويمكن للسكان اختيار إعادة تنشيط أوجه الدعم المفيدة. وبطبيعة الحال فإن طموحاتهم المأمولة تساعد علي استشراف المستقبل، وتحديد الخطوات اللازمة؛ لتحقيق ما يصبون إليه، في غضون السنوات المقبلة.
- مناقشة الأطراف الفاعلة، أو جماعات المجتمع، فيما يلي:
  - المنظمات التي كانت تعمل يوماً لمواجهة الأزمة، والتي قد يكون من المفيد إعادة تنشيطها.
  - الآليات (الطقوس، الاحتفالات، جماعات الحوار النسائية... إلخ) التي ساعدت أفراد المجتمع في الماضي على التكيف مع المأساة، والعنف، أو الخسائر.
  - إلى أي حد عصف الوضع الحالي بالشبكات الاجتماعية، وآليات التكيف، وعمل على تعطيلها؟
  - إلى أي حد تضرر السكان من الأزمة؟
  - الأولويات التي يجب على السكان التعامل معها في التحرك صوب تحقيق رؤيتهم في المستقبل.
  - الإجراءات التي ستمكنهم من تحقيق أهدافهم التي تحظى بالأولوية.
  - تجارب المنظمات الناجحة في مجتمعاتهم، وفي المجتمعات المتاخمة.
- مشاركة نتائج هذه العملية مع مجموعة التنسيق. (انظر صحيفة التدابير ١.١ و١.٢).

٣. دعم مبادرات المجتمع، التي تشجع – بقوة – أولئك الذين يعززون الدعم الأسري، والمجتمعي، لجميع أفراد المتضررين من حالة الطوارئ، بمن في ذلك الأشخاص الأكثر عرضة لخطر داهم.

- تحديد ما يقوم به أفراد السكان المتضررين بالفعل لمساعدة أنفسهم، وبعضهم لبعض، وكذا البحث عن سبل تعزيز جهودهم. فعلى سبيل المثال، إذا كان السكان المحليون ينظمون أنشطة تعليمية إلا أنهم في حاجة إلى موارد أساسية مثل الأوراق، وأدوات الكتابة؛ يجب دعم أنشطتهم بالمساعدة على توفير المواد المطلوبة، مع إدراك احتمال ظهور مشكلة ظهور نوع من التواكل.
- يجب الاستفسار دائماً عما يمكن عمله لدعم الجهود المحلية.
- دعم المبادرات المجتمعية المقدمة من أفراد المجتمع، في خلال التقييم التشاركي، عندما يكون ذلك مناسباً.

تشجيع تكوين المجموعات، متى كان ذلك مناسباً، خاصة المجموعات المرتكزة على مجموعات كانت قائمة من قبل، لتنفيذ أنشطة متعددة للدعم الذاتي، والتخطيط.

٤. تشجيع، ودعم الأنشطة الإضافية، التي تعزز دعم الأسرة، والمجتمع، لجميع أفراد مجتمع المتضررين، ولاسيما المجموعات الأكثر تعرضاً للأخطار:

بالإضافة إلى دعم مبادرات المجتمع ذاته، يمكن دراسة مجموعة من المبادرات ذات الصلة. ويجب تيسير مدخلات المجتمع في: (أ) انتقاء الأنشطة الواجب دعمها. (ب) تصميم الأنشطة المنتقاة، وتنفيذها، ومتابعتها. (ج) دعم عمليات الإحالة، وتيسيرها. ويورد الإطار «١» أمثلة للأنشطة المحتملة ذات الصلة:

أمثلة الأنشطة التي تعزز دعم الأسرة، والمجتمع؛ لأفراد المجتمع المتضررين من الطوارئ، ولاسيما المجموعات الأكثر عرضة للأخطار:

- مناقشات جماعية حول كيفية مساعدة المجتمع للجماعات الأكثر عرضة للأخطار والمحددة في التقييم نظراً لحاجتها الماسة إلى الحماية والدعم. (انظر صحيفة التدابير ١.٢).

- اللجان المجتمعية المعنية بحماية الأطفال التي تحدد الأطفال الأكثر عرضة للأخطار، وترصد هذه الأخطار التي يتعرضون لها، بهدف التدخل، كلما أمكن، وإحالة الحالات إلى سلطات الحماية، أو الهيئات المجتمعية، كلما كان ذلك مناسباً. (انظر صحيفة التدابير ٢.٣).
- تنظيم دور رعاية مُنظمة، ومُراقبة، بدلاً من ملاجئ الأيتام للأطفال المنفصلين عن ذويهم، متى أمكن ذلك. (انظر صحيفة التدابير ٢.٣).
- اقتفاء أثر الأسرة، ولم شمل أفرادها (انظر صحيفة التدابير ٢.٣)، لجميع الفئات العمرية.
- حماية أطفال الشوارع، والأطفال الذين ارتبطوا من قبل بالمليشيات المتصارعة، وإدماجهم في المجتمع.
- الأنشطة التي تيسر انضمام الأشخاص المعزولين (اليتامى، الأرامل، كبار السن، ومن يعانون من اختلالات أو إعاقات ذهنية، أو المعزولين عن ذويهم)، إلى الشبكات الاجتماعية.
- جماعات دعم وأنشطة المرأة، متى كان ذلك مناسباً.
- برامج توعية الوالدين بأساليب التربية الصحيحة.
- توفير الأندية الرياضية، ومراكز الشباب، وغيرها من أنشطة الترفيه، مثل المراهقين المعرضين لخطر تعاطي مواد الإدمان، أو غيرها من المشكلات الاجتماعية والسلوكية الأخرى.
- إعادة إقامة فاعليات ثقافية ودينية طبيعية للجميع. (انظر صحيفة التدابير ٣.٥).
- مناقشة جماعية مستمرة، حول صحة أفراد المجتمع النفسية، ومعافاتهم «النفس – الاجتماعية».
- بناء شبكات تربط المجتمعات المتضررة بوكالات المعونة، والحكومة، والهيئات المختلفة.
- ممارسات التعافي المجتمعي. (انظر صحيفة التدابير ٣.٥).
- الأنشطة الأخرى التي تعين أفراد المجتمع على السيطرة أو استعادة السيطرة على مجريات حياتهم.
- الأنشطة التي تعزز التعامل غير العنيف مع الصراع: مثل المناقشات، والأعمال الدرامية، والغناء، وأنشطة يشارك فيها أعضاء الأطراف المتصارعة... إلخ.

- أنشطة منظمة للأطفال، والشباب. (بما في ذلك التعليم غير الرسمي، كما هو الحال في المناطق الصديقة للطفل: انظر صحيفة التدابير ١.٧).
- تنظيم عملية الوصول إلى المعلومات عما يحدث، والخدمات، وأمن المفقودين... إلخ. (انظر صحيفة التدابير ١.٨).
- تنظيم الوصول إلى المأوى، والخدمات الأساسية. (انظر صحيفة التدابير ١.٩، ١.١٠ و١.١١).

٥. توفير دورات تدريبية تشاركية قصيرة، عندما يكون ذلك مناسباً (انظر صحيفة التدابير ٣.٤)، مقترنة بدعم المتابعة.

عندما تكون أنظمة الدعم المحلي غير مكتملة، أو تعاني من الضعف بحيث لا يمكنها تحقيق أهداف معينة، قد يكون من المفيد تدريب العاملين المجتمعيين، بمن فيهم المتطوعون، على المهام التالية، على سبيل المثال:

- تحديد الاحتياجات الخاصة لأفراد المجتمع الذين لا يقومون بعملهم كما ينبغي، والاستجابة لها.
- تطوير أنظمة دعم، وتوفيرها بشكل ملائم ثقافياً.
- الدعم الأساسي، أي المساعدات النفسية الاجتماعية الأولية للمعوزين بشدة، عقب التعرض لعوامل ضغط شديدة. (انظر صحيفة التدابير ١.٦).
- تكوين جماعات الأمهات والأطفال للمناقشة، وتقديم حافز للأطفال الأصغر سناً. (انظر صحيفة التدابير ٤.٥).
- مساعدة الأسر – متى كان ذلك مناسباً – بالتوعية بتربية الأطفال، واستراتيجيات حل مشكلات الأسرة.
- تحديد، وضمان سبل رعاية الأطفال المنفصلين عن ذويهم، وحمايتهم.
- إشراك الأشخاص المعاقين في الأنشطة المختلفة.
- دعم الناجين من العنف المرتكز إلى النوع الاجتماعي.
- تعافي الصبية، والفتيات المرتبطين بقوات متحاربة، وإدماجهم في المجتمع.
- تكوين مجموعات مساعدة ذاتية.

- إشراك الشباب، في أعمال قيادية إيجابية، على سبيل المثال، وفي تنظيم مراكز الشباب، والأنشطة الرياضية، والحوار؛ لحل الصراعات، والتوعية بالصحة الإنجابية، والتدريب على المهارات الحياتية.
- إشراك البالغين، والمراهقين، في أنشطة واقعية تهدف إلى تحقيق المصلحة العامة (مثل بناء، وتنظيم أماكن الإيواء، وتنظيم عملية تتبع الأسر، وتوزيع الغذاء، وأعمال الطهي، والخدمات المتعلقة بالإصحاح، وتنظيم حملات التطعيم، وتعليم الأطفال).
- إحالة الأشخاص المتضررين إلى الجهات القانونية، والصحية، والمعيشية، المسئولة عن التغذية، أو الاجتماعية المعنية، إن كان ذلك مناسباً أو متاحاً.

٦. القيام بالمناصرة – بالنيابة عن الأشخاص المهمشين، والأكثر عرضة للخطر – عند الضرورة، داخل المجتمع وخارجه:

من الثابت أن الفئات المهمشة قبل الأزمة، لا يُلتفت إليها، وتظل محرومة من الدعم، سواء في أثناء أو بعد انقشاع الأزمة. وقد يعالج العاملون المعنيون بالشؤون الإنسانية هذه المشكلة بربط عملهم بالعدالة الاجتماعية، والتحدث بالنيابة عن الأشخاص الذين قد لا يلتفت إليهم، وتمكين الأشخاص المهمشين من التعبير عن آرائهم بصورة حقيقية.

المصادر الرئيسة

١. IASC (2005). *Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf Arabic: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20Arabic.pdf

٢. IFRC (2003). 'Promoting community self-help', in *Community-based Psychological Support: A Training Manual*, pp.57-65. Geneva: International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies. Available in English, Arabic, French and Spanish at: http://psp.drk.dk/sw2995.asp Arabic: http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Manuals/manual.arabic.pdf

٣. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revised 2007). *Camp Management Toolkit*. http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071

٤. Pretty J.N. and Vodouhê D.S. (1997). 'Using rapid or participatory rural appraisal'. FAO: New York. http://www.fao.org/docrep/W5830E/w5830e08.htm

٥. Refugee Studies Centre and UNICEF (2002). 'Addressing the needs of children, their families and communities', in *Working with Children in Unstable Situations – Principles and Concepts for Psycho-social Interventions* (draft), pp.47-79. http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/1Disaster-general/WorkWithChild.UnstableSitua.pdf

٦. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). *The Journey of Life* (awareness and action workshops). http://www.repssi.org/

٧. Save the Children (1996). *Promoting Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and approaches*. http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychsocwellbeing2.pdf

عينة لمؤشرات عملية

- اُتخذت خطوات لتحديد، وتنشيط، وتقوية الموارد المحلية، التي تدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية».
- شمول عمليات ومبادرات المجتمع، للأشخاص الأكثر تعرضاً للأخطار، ودعمهم.
- عند الضرورة؛ يُقدم تدريب موجز؛ لبناء قدرات الدعم المحلي.

مثال:البوسنة، التسعينيات

- كانت الكثيرات من النساء الريفيات في البوسنة، اللاتي عشن بعد تعرضهن للاغتصاب، والضياع، في أعقاب الحروب التي دارت رحاها في التسعينيات – بحاجة إلى الدعم «النفس – اجتماعي»؛ إلا أنهن رفضن التحدث مع الأطباء النفسيين أو الأخصائيين النفسيين؛ بسبب شعورهن بالخزي، وخوفهن من الوصمة.
- إتباعاً لممارسة اعتادت عليها النساء في البوسنة قبل الحرب، كان النساء يجتمعن في مجموعات؛ لممارسة أشغال الإبرة، واحتساء القهوة، وتبادل الدعم.
- أدت الوكالات الخارجية دوراً تيسيرياً، عن طريق تقديم مبالغ مالية صغيرة؛ لشراء الصوف، وتطوير دعم الإحالة.

صحيفة التدابير ٣.٥

تهيئة الظروف المواتية لممارسات التعافي المجتمعي، والثقافي، والروحي، والديني

المهمة: استنهاض المجتمع، والدعم

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

في حالات الطوارئ؛ يتعرض السكان لضغوط ثقافية، وروحية، ودينية جماعية، قد تتطلب اهتماماً فورياً. وبوجه عام، يفكر مقدمو المعونة الخارجيون، من منظور فردي، للأعراض، وردود الأفعال، مثل الاكتئاب والعصاب الصدمي، إلا أن العديد من الناجين، ولاسيما في المجتمعات الشرقية، يعانون من منظور روحي، أو ديني، أو أسري، أو مجتمعي. وقد يشعر الناجون بضغط كبير من جراء عجزهم عن أداء طقوس الدفن الملائمة ثقافياً، أو في مواقف لا يوجد فيها جثمان للشخص المتوفي لدفنه، أو عندما يكون هناك نقص في الموارد المالية أو الحيز المكاني اللازم لأداء تلك الطقوس. وبالمثل قد يعاني السكان من ضغط شديد لأنهم غير قادرين على المشاركة في الممارسات الدينية، أو الروحية، أو الثقافية العامة. وتتناول «صحيفة التدابير» – هذه – أنظمة دعم دينية، وثقافية مجتمعية (بما فيها الروحية) عامة لجماعات الأشخاص الذين قد لا يسعون بالضرورة للحصول على الرعاية في حين تغطي صحيفة التدابير ٤.٦ الرعاية التقليدية اللازمة للأفراد، والأسر الساعية، للحصول على المساعدة.

وتمكن معالجة مثل هذه الضغوط الجماعية؛ بتمكين السكان المتضررين من أداء الممارسات الثقافية، والروحية، والدينية المناسبة. ويمكن لأداء طقوس الوفاة أو الدفن التخفيف من وطأة الحزن، والحداد، والشعور بالأسى. وفي بعض البيئات، تسهم مراسم التطهير، والمداواة في التعافي، وإعادة الإدماج. فبالنسبة للسكان المتدينين، فإن الإيمان أو ممارسة الشعائر الدينية، مثل الصلاة، يمدهم بالدعم في الظروف الصعبة. ويمكن – لتفهم ممارسات العلاج الثقافية أو تمكينها أو دعمها – حسبما يكون ذلك مناسباً – تعزيز المعافاة «النفس – اجتماعية» للعديد من الناجين. أما تجاهلها – من ناحية أخرى – فقد يطيل فترات الحزن، ويفاقم الضرر الناجم عن تهميش أساليب التكيف الثقافي النافعة. ففي العديد من السياقات قد يكون التعاون مع الزعماء الدينيين والموارد، جزءاً ضرورياً من المعافاة «النفس – اجتماعية»، في حالات الطوارئ.

غالباً ما يجد العاملون غير المحليين المعنيين بجهود الإغاثة صعوبة بالغة في التعامل مع الجوانب الثقافية، والدينية المحلية، ومراعاة آراء مغايرة لآرائهم الشخصية. ولأن بعض الممارسات المحلية قد يسبب الأذى (في ظل بيئات يجري فيها تسييس الروحانيات والدين)؛ لذا ينبغي أن يفكر العاملون المعنيون بالشؤون الإنسانية، بشكل نقدي، ويلتزموا بدعم الممارسات، والموارد المحلية فقط، إذا ما توافقت مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان.

التدابير الأساسية

١. التقارب مع الزعماء الدينيين، والروحيين المحليين، وغيرهم من المرشدين الثقافيين؛ للتعرف إلى وجهات نظرهم، بشأن مدى تضرر السكان، والممارسات التي يمكن أن تدعمهم.

في ما يلي بعض الخطوات المفيدة:

- مراجعة التقييمات القائمة (انظر صحيفة التدابير ١.٢)؛ لتجنب تكرار الأسئلة.
- التقارب مع الزعماء الدينيين والروحيين المحليين، والذي يفضل أن يكون عن طريق محاور ينتمي لنفس الجماعة العرقية، أو الدينية؛ ليكون على دراية بوجهة نظرهم (انظر التدبير الرئيس رقم «٣» أدناه). ونظراً لأن السكان المتضررين يضمون جماعات، وتوجهات مختلفة، فمن الأهمية بمكان، التقارب مع جميع توجهات الجماعات الدينية الرئيسة. وتساعد عملية طرح الأسئلة على إبراز القضايا الروحية، والدينية. وبطبيعة الحال فإن المعلومات المكتسبة قد تفيد في توجيه المعونة لدعم الموارد المحلية اللازمة للتعافي.

٢. مراعاة الحساسية العرقية:

يتم الاستعانة بمترجم ماهر، إذا دعت الضرورة، من أجل التعامل باللغة المحلية، وطرح الأسئلة التي أشار المرشد الثقافي (وهو شخص ملم بالثقافة المحلية) إلى ملاءمتها. وقد يصعب على الناجين تقديم معلومات عن ديانتهم أو مشاعرهم الروحية للغرباء، لاسيما في مواقف الإبادة والصراع المسلح، الذي يكون قد أضر بعقائدهم الدينية، وهوياتهم العرقية.

وتوضح التجربة إمكان تحدث العاملين المعنيين بالشؤون الإنسانية مع الزعماء الدينيين والروحيين بشرط إظهار الاحترام، وتوضيح الأهداف المتوخاة، والمتمثلة في الوقوف على الطريقة المثلى لدعم الأشخاص المتضررين، وتجنب الممارسات الضارة. وفي العديد من حالات الطوارئ، كان الزعماء الدينيون والروحيون شركاء أساسيين في توعية العاملين في مجال العمل الإنساني بكيفية دعم الأشخاص المتضررين، كما أن هناك حاجة إلى مراعاة الحساسية العرقية؛ لأن بعض الممارسات الروحية، والثقافية، والدينية (مثل حرق الأرملة) تسبب نوعاً من الأذى الجسيم. ومن الأهمية بمكان الحفاظ على منظور حاسم لدعم الممارسات الثقافية، والدينية، والروحية فقط، إذا تناسبت مع معايير حقوق الإنسان. ويمكن أن تشكل التغطية الإعلامية للممارسات المحلية مشكلة عويصة؛ لذا ينبغي عدم السماح بها، إلا بموافقة صريحة من أفراد المجتمع المشاركين.

٣. سبل الدعم الثقافي، والديني، والروحي، وآليات الموائمة:

بمجرد إعداد التقرير، يمكن طرح أسئلة من قبيل:

- بحسب اعتقادك، ما هي الأسباب الروحية، والآثار الناجمة عن حالة الطوارئ؟
- كيف تضرر السكان ثقافياً، أو روحانياً؟
- ما الذي يجب أن يحدث عندما يُتوفى أحد الأشخاص؟
- هل توجد طقوس أو ممارسات ثقافية يجب أداؤها؟ وما التوقيت المناسب لها؟
- من هو أفضل من يقدم التوجيه بشأن كيفية أداء هذه الطقوس، والتعامل مع دفن الموتى؟
- من الذي سيستفيد بشكل كبير في المجتمع، من طقوس التطهير، أو التداوي؟ ولماذا؟
- هل أنت راغب في تقديم النصح للعاملين الدوليين المتواجدين في هذه المنطقة، بشأن كيفية دعم السكان روحياً، وتجنب الأذى الروحي؟

ويجب – إذا أمكن – القيام بزيارات متكررة لبث الثقة، ومعرفة المزيد من المعلومات حول الشعائر الدينية والثقافية. كما ينبغي – إن أمكن – تأكيد المعلومات المجمعة من المناقشات مع أحد المتخصصين في علم الأنثروبولوجي، أو المرشدين الثقافيين الآخرين، ذوي المعرفة الوثيقة بالثقافة، والممارسات المحلية.

٤. بث المعلومات المجمعة من قبل الأطراف الفاعلة في الشؤون الإنسانية، في أثناء اجتماعات التنسيق، والاجتماعات على مستوى القطاعات:

مشاركة المعلومات المجمعة مع الزملاء في مختلف القطاعات، بما في ذلك اجتماعات تنسيق دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، وغيرها من المنابر؛ بغية إذكاء الوعي بالمشكلات، والممارسات الثقافية، والدينية. وتجب الإشارة إلى الأذى المحتمل الذي تسببه حالات الدفن الجماعي غير الرسمية، على سبيل المثال، أو توصيل الطعام، أو غيرها من الأمور، التي قد تكون مؤذية؛ لأسباب دينية.

٥. تيسير الظروف لممارسات التداوي الملائمة:

يتمثل دور العاملين المعنيين بالشؤون الإنسانية في تيسير استخدام الممارسات التي تفيد المتضررين والتي تتوافق مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان. وفي ما يلي أهم الخطوات الرئيسة:

- التعاون مع القادة المختارين لتحديد كيفية تمكين الممارسات المناسبة.
- تحديد المعوقات (مثل الافتقار إلى الموارد) التي تعرقل إجراء هذه الممارسات.
- إزالة المعوقات (مثل توفير مكان لممارسة الطقوس، وتوفير الموارد اللازمة مثل الطعام، لمن يحضرون الجنازة، ومستلزمات الدفن).
- قبول الممارسات المختلطة القائمة بالفعل (مثل الممارسات المحلية المختلطة بالممارسات الغربية)، متى كان ذلك مناسباً.

المصادر الأساسة

١. PAHO/WHO (2004). 'Sociocultural aspects'. In: *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*, pp.85-106. Washington: PAHO. http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf

٢. Psychosocial Working Group (2003). *Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: A Conceptual Framework.* http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/Conceptual%20Framework.pdf

٣. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Mental and social aspects of health, pp.291-293. Geneva: Sphere Project. http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm
Arabic: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

عينة مؤشرات العملية

- حُددت أنظمة الدعم الثقافية، والدينية، والروحية المحلية، وتمت مشاركة المعلومات مع العاملين المعنيين بالشؤون الإنسانية.
- حُددت المعوقات التي تعرقل أداء ممارسات مناسبة، إذ تم التخلص منها، أو تقليصها.
- اُتخذت خطوات لتمكين استخدام الممارسات المفيدة للمتضررين، والمتوافقة مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان.

مثال: أنجولا، ١٩٩٦

- روي أحد صغار الجنود أنه كان يشعر بالضغط والخوف، إذ كانت تطارده ليلاً روح شخص سبق له قتله. وتُعتبر هذه المشكلة مشكلة اجتماعية؛ إذ تنظر إليه أسرته، ومجتمعه، على أنه ملوث، كما أنه يخشى انتقام هذه الروح منه، إذا لم يتطهر.
- تشاور العاملون المعنيون بالشؤون الإنسانية مع المعالجين المحليين، الذين ادعوا أنهم يمكنهم طرد الأرواح الغاضبة، بأداء طقوس تطهيرية؛ قال الصبي إنه بحاجة إليها.
- قامت إحدى المنظمات الدولية غير الحكومية بتوفير الطعام، والحيوانات المطلوبة، وقام المعالج بأداء طقوس يُعتقد أنها تطهر الصبي، وتحمي المجتمع. بعد ذلك أكد الصبي، وسكان المجتمع، أنهم يتعافون، بشكل متزايد.

صحيفة التدابير ٤.٥

تيسير تقديم الدعم إلى صغار الأطفال (من الولادة إلى سن ٨ سنوات)، وإلى مقدمي الرعاية إليهم

المهمة: استنهاض المجتمع، والدعم

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

تُعد الطفولة المبكرة (٠–٨ سنوات) أهم فترة في حياة الإنسان للنمو البدني، والمعرفي، والعاطفي، والاجتماعي. وفي خلال هذه الفترة، يحدث نمو كبير للعقل بشكل سريع. ويعتمد هذا النمو على توفير الحماية الكافية، والتحفيز، والرعاية الفعالة. ويمكن للخسائر المبكرة (مثل وفاة أحد الوالدين)، والتعرض لعنف جسدي، أو جنسي، وغيرهما من الأحداث المؤسفة، تقطيع الروابط الأسرية، وتقويض النمو الاجتماعي والعاطفي الصحي على المدى الطويل. وعلى الرغم من هذا، يتعافى معظم الأطفال، ولاسيما إذا ما قُدمت لهم الرعاية، والدعم المناسبان.

ففي حالات الطوارئ، تعتمد معافاة الأطفال الصغار – إلى حد كبير – على وضع أسرهم، ومجتمعهم. وقد تقوض معافاة هؤلاء الأطفال، إذا كان لديهم أمهات أو مقدمو خدمة مغلوبون على أمرهم، أو منهكون، أو مكتئبون، أو غير قادرين بدنياً أو عاطفياً، على توفير رعاية، ونظام دعم فعال. وقد يحصل الأطفال الذين انفُصلوا عن آبائهم على رعاية مؤقتة غير مرضية. وقد يتعرض الآباء والأطفال داخل المجتمع للخطر نتيجة توقف الخدمات الطبية، ونقص التغذية، وغيرها من التهديدات الأمنية.

كما يجب في حالات الطوارئ تنسيق برامج الطفولة المبكرة (انظر صحيفة التدابير ١.١) وصوغها عن طريق التقييمات الملائمة (انظر صحيفة التدابير ١.٢)، بما في ذلك بيانات تقييم عدد، وأعمار الأطفال دون سن الثامنة، وعدد النساء الحوامل، والنساء حديثات الوضع. وينبغي أن تدعم برامج الطفولة المبكرة رعاية الأطفال الصغار من قبل أسرهم ومقدمي الرعاية الآخرين. ولابد أن تقدم أنشطة الطفولة المبكرة الحافز، وتعمل على تيسير سبل التغذية الأساسية (في مواقف النقص الحاد في الغذاء)، وتوفير الحماية، وتعزيز الترابط بين المواليد، ومقدمي الرعاية. وتهدف هذه الأنشطة إلى تلبية احتياجات الأطفال الأساسية، والمساعدة على الحد من آثار المحنة التي سببتها الكارثة، مع السعي إلى توفير بيئات آمنة، ومحمية، ومنظمة، إلى جانب تقديم خدمات الإغاثة، والدعم، لمقدمي خدمات الرعاية.

التدابير الأساسية

١. إبقاء الأطفال مع أمهاتهم، وآبائهم، وأسرهم، أو غيرهم،
من مقدمي الرعاية المألوفين لهم.

(أ) **منع فصل الأطفال عن ذويهم**: في حالات الطوارئ التي يُتوقع فيها انتقال السكان، يجب دعم المجتمعات والأسر، من أجل تهيئة سبل مقبولة وملائمة ثقافياً، لتجنب فصل الأطفال عن ذويهم.

- إعطاء أولوية لإبقاء الأمهات المرضعات، وأطفالهن، سوياً.
- تعليم الأطفال الأكبر سناً أغاني تتضمن أسماء أسرهم، وقراهم، ومعلومات عن سبل الاتصال بهم.
- توفير بطاقات صغيرة، تُدون بها بيانات الأطفال؛ للحد من فصلهم عن ذويهم.

(ب) **لم شمل الأطفال وذويهم** (انظر صحيفة التدابير ٢.٣): إذا انفصل الأطفال (عن ذويهم) يجب:

- الاتصال بالمنظمة المعنية بلم الشمل.
- تيسير التتبع، ولم الشمل، مع تسجيل التاريخ، والمكان، عند العثور على أطفال منفصلين، وجمع المعلومات من الأطفال أنفسهم، بالاستعانة بطرق ملائمة للسن، مثل جعلهم يرسمون مكان إقامتهم، أو التحدث عن أنفسهم.
- الاحتفاظ بملابس الطفل، كإحدى الوسائل المهمة؛ لتحديد الأطفال المنفصلين، ولم شملهم مع ذويهم.

(ج) **تيسير ترتيبات رعاية بديلة**: في الأزمات، وحالات الطوارئ؛ حيث لا تتوافر خيارات رعاية أخرى، قد يكون من الضروري تنظيم مراكز مؤقتة لحماية الأطفال المنفصلين إلى أن يتم إيجاد حل طويل الأجل. وبينما ينتظرون لم شملهم مع أسرهم، قد تتم تنشئة هؤلاء الأطفال مع أحد الأفراد، أو الأسر، التي يمكنها توفير الرعاية، والحماية المناسبة لهم. ويجب النظر إلى دور الأيتام على أنها الملاذ الأخير؛ لأنها عادة ما لا توفر الدعم المناسب.

- اتخاذ القرار بشأن ترتيبات الرعاية، وفقاً لمصلحة الطفل المثلى، في ظل البيئة الثقافية المحلية.
- إبقاء الطفل داخل إطار أسرة أو مجتمع ممتد، قدر الإمكان، وتجنب فصل الأخوة بعضهم عن بعض.
- الترتيب – كلما أمكن – لأسرة واحدة حاضنة، وتجنب تعدد الأسر الحاضنة.

- بالنسبة للأطفال حديثي الولادة الذين فقدوا أمهاتهم ، أو فُصلوا عن آبائهم؛ تجب تلبية احتياجاتهم الأساسية للطعام، والدفء، والرعاية، مع تذكر أن الإناث قد يتعرضن في بعض الثقافات، لخطر أكبر، يتمثل في الإهمال.

إذا كان الأطفال قد دخلوا بالفعل في دور أيتام أو غيرها من المؤسسات، يجب إجراء تقييم سريع للوقوف على وضعهم، وتوجيه الخطوات الممكنة؛ لتعزيز أنشطة تنمية الطفولة المبكرة.

٢. تعزيز مواصلة الرضاعة الطبيعية:

الرضاعة الطبيعية هي الحل الأمثل لتحقيق المعافاة البدنية و«النفس – اجتماعية»، والإدراكية للأطفال، ومن هم في مرحلة الحبو، فهي تعزز النمو الإدراكي للطفل، وتشعره بالارتياح، كما أن من شأنها أن تقوي الرابطة بين الطفل وأمه، علماً بأنها تتسم بسهولة الإعداد، والأمان التام، فضلاً عن أنها لا تتطلب أي تكلفة (فيما يتعلق بتحذيرات الأمان، انظر مرجع اليونسيف (٢٠٠٢)، قسم «المصادر الرئيسة»، حول الرضاعة الطبيعية والعدوى بمرض الإيدز ، وفيروسه.

- تشجيع الرضاعة الطبيعية عن طريق الدعم الفردي، والحوار المجتمعي.
- التشاور مع أمهات الأطفال حديثي الولادة وأقربائهم، حول رعايتهم فيما يتعلق بإرضاعهم رضاعة طبيعية، وتدفئتهم، وتأجيل الاستحمام، والنظافة الشخصية.
- تجنب التوزيع المنظم لبدائل الألبان؛ لأنها لا تشجع على الرضاعة الطبيعية.
- جعل التغذية التكميلية للحوامل والمرضعات أولوية قصوى.
- تجنب الضغط المفرط على الأمهات لممارسة الرضاعة الطبيعية. وينبغي تقديم دعم مناسب للأمهات اللاتي يرفضن هذا الأمر، أو يتعذر عليهن.

٣. تيسير اللعب، والرعاية التربوية، والدعم الاجتماعي:

يجب توفير مجموعة متنوعة من أنشطة تنمية الطفولة المبكرة في أثناء حالات الطوارئ. ويمكن لهذه الأنشطة أن تشمل توعية الآباء، والزيارات المنزلية، ورعاية الطفل المشتركة، ومجموعات اللعب المجتمعية، وتوفير «مناطق آمنة»، ومكتبات لعب الأطفال، ولقاء أولياء الأمور غير الرسمي في «المناطق الآمنه». (انظر صحيفة التدابير ٥.١).

- إيجاد فرص ملائمة محلياً للعب النشط، والتحفيز، والاندماج. وقد يساعد هذا الأمر على تخفيف حدة الأثر النفسي الاجتماعي السلبي لمواقف الأزمات.

- تصميم الأنشطة بما يتناسب مع عمر الأطفال، والنوع الاجتماعي، وثقافتهم. وللتقليل من أثر المحنة؛ يحتاج الأطفال إلى نوع من النظام، والمشاركة في الأنشطة الطبيعية، وهو الأمر الذي ينبغي أن يعكس أنشطة الطفل اليومية المعتادة (مثل الطفل الذي ينتمي إلى خلفية بدوية، ولم يسبق له الالتحاق بالمدرسة، فقد لا يجد في التعليم الرسمي نوعاً من العزاء أو السلوى). وينبغي أن يُراعى عند تخطيط البرامج، وتنفيذها – الاستعانة بمعالم مراحل نمو الطفل الملائمة ثقافياً، مثل شعائر الارتحال، والطقوس التي قد تكون أكثر ملاءمة من نماذج النمو الغربية.
- احتواء «المناطق الآمنة» (انظر صحيفة التدابير ١.٥ و١.٧) على أنشطة تدعم الأطفال الأصغر سناً خصيصاً. وإذا سمحت الظروف، يجب تنظيم مجموعات أنشطة حسب السن، ومرحلة نمو الأطفال. ١٢/١٨ شهراً (ما قبل الكلام، والمشي) ومن ١٢/١٨ شهراً إلى ٣ سنوات، ومن ٣ إلى ٦ سنوات. (نوقشت أنشطة المرحلة العمرية من ٦ إلى ٨ سنوات في صحيفة التدابير ١.٧). وينبغي أيضاً تدريب الآباء، والأخوة، والأجداد، والشباب، على التعاون مع العاملين الموجودين، وكذا نقل المعارف إلى أسرهم في المنازل، بشأن الطريقة التي يمكنهم بها المساعدة في النمو الصحي للأطفال الصغار؛ بالإضافة إلى بحث إشراك النساء الأكبر سناً، والشابات اللاتي يوثق بهن، كمتطوعات في «المناطق الآمنة».
- دراسة الاستعانة بألعاب معروفة، للعب مقدمي الرعاية مع الأطفال، وتفاعلهم في جميع الخدمات المقدمة للأطفال الصغار، مثل برامج التغذية العلاجية، والمستشفيات، والعيادات، وكذا في أماكن توزيع الطعام والمواد غير الغذائية.
- تيسير أنشطة من أجل الأطفال الصغار، من شأنها تعزيز البناء المجتمعي الاجتماعي، والقضاء على العنف في المجتمعات المتضررة منه.
- إدارج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أنشطة الرعاية، والألعاب، والدعم الاجتماعي، على مستوى المجتمع.
- للتوجيه الخاص بشأن تحفيز الأطفال الصغار في الأزمات الغذائية؛ انظر مرجع منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٥)، قسم المصادر الرئيسة.

٤. العناية بمقدمي الرعاية:

في حالات الطوارئ؛ من المهم تنظيم اجتماعات يمكن فيها لمقدمي الرعاية للأطفال الصغار، مناقشة الماضي، والحاضر، والمستقبل، والمشاركة في حل المشكلات، ودعم بعضهم لبعض، في رعاية أطفالهم، بصورة فعالة.

- يجب تنظيم مجموعات دعم في المناطق الآمنة (انظر صحيفة التدابير ١.٥ و ١.٧)، يمكن للوالدين/الأمهات التحدث عن معاناتهم.
- نُصح الآباء بعدم التحدث عن تفاصيل الأحداث المروعة، أمام أطفالهم، أو معهم.
- تهيئ أنشطة المجموعات الصغيرة للأسر، والأطفال الصغار – الفرصة للآباء؛ للتعلم من تفاعلات الآخرين مع أطفالهم. وعند حدوث تفاعل إيجابي بين الآباء والأطفال؛ يجب إبراز هذا الأمر، وتشجيع الآباء الآخرين على التفاعل مع أطفالهم، بأسلوب مشابه.
- مساعدة الآباء ومقدمي الرعاية على فهم التغيرات التي يلحظونها على أطفالهم عقب أزمة ما. ويجب توضيح أن سلوك مثل الخوف المتزايد من الآخرين، والانسحاب، أو العراك المتزايد مع الأطفال الآخرين؛ هي ردود أفعال شائعة للضغوط، ولا تعكس بالضرورة أي إخفاق، من جانب مقدمي الرعاية.
- مشاركة المعلومات، حول كيفية تحديد المشكلات، ودعم صحة أطفالهم «النفس – اجتماعية»، بما في ذلك كيفية السيطرة على سلوك الطفل العدواني، وتنظيمه، وتعديله عن طريق وضع نظام، وحدود.
- تحديد الاستجابات الضارة للضغط على الطفل، مثل: الضرب، أو الهجر، أو الوصمة، أو اقتراح استراتيجيات بديلة مع الآباء، وقادة المجتمع.
- يجب توجيه الآباء الذين يواجهون صعوبات في رعاية أطفالهم، بسبب مشكلات حادة تتعلق بالصحة النفسية؛ إلى تلقي دعم مناسب، من العاملين بالهيئات الصحية، (إذا تلقوا تدريباً على رعاية الصحة النفسية) (انظر صحيفة التدابير ٢.٦). وقد يعيق الاكتئاب الحاد القدرة على رعاية الأطفال.

المصادر الرئيسة

١. Bernard van Leer Foundation (2005). Early Childhood Matters. Volume 104: *Responding to young children in post-emergency situations*. http://www.bernardvanleer.org/publication_store/publication_store_publications/Early_Childhood_Matters_104/file

٢. Consultative Group on Early Childhood Care and Development (1996). *Children as Zones of Peace: Working with Children Affected by Armed Violence*. http://www.ecdgroup.com/docs/Children_as_Zones_of_Peace;_Working_with_Children_Affected_by_Armed_Violence-13_05_2001-13_53_24.pdf

٣. Emergency Nutrition Network Online (2006). *Infant Feeding in Emergencies*. http://www.ennonline.net/ife/

٤. Human Sciences Research Council of South Africa (HSRC). Psychosocial Support Resources: Davids D. (Hesperian Foundation), *Emotional Behaviour Book*. http://www.hsrc.ac.za/Research_Programme-Page-76.phtml

٥. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004). *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. Save the Children UK. http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4098b3172

٦. INFO Reports/Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2006). *Breastfeeding Questions Answered: A Guide for Providers*. http://www.infoforhealth.org/inforeports/breastfeeding/inforpt5.pdf

٧. Save the Children UK (2006). *ECD Guidelines for Emergencies – the Balkans*. http://www.savethechildren.org.uk/scuk/jsp/resources/details.jsp?id=4174&group=resources&section=policy&subsection=details&pagelang=en

٨. UNESCO and IIEP (2006). *Guidebook for Planning Education in Emergencies and Reconstruction*. http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/guidebook.htm

٩. UNICEF and Macksoud M. (2000). *Helping Children Cope with the Stresses of War: A Manual for Parents and Teachers*. http://www.unicef.org/publications/files/Helping_Children_Cope_with_the_Stresses_of_War.pdf

١٠. UNICEF (2002). *HIV and Infant Feeding*. http://www.unicef.org/publications/files/pub_hiv_infantfeeding_en.pdf

١١. WHO (2006). *Mental health and psychosocial well-being among children in severe food shortage situations*. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf

١٢. Women's Commission for Refugee Women and Children (2005). *Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*. http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC_ffg.pdf

عينة مؤشرات العملية

- يجري تطبيق المبادئ الإرشادية المشتركة بين الوكالات حول الأطفال غير المرافَقين والمنفصلين عن ذويهم.
- يتم تنظيم أنشطة تنمية الطفولة المبكرة للفتيات والصبية الصغار (٠–٨ سنوات)، ومقدمي الرعاية لهم.
- تشجيع الرضاعة الطبيعية.
- يجتمع مقدمو الرعاية في المناطق الآمنة لمناقشة التحديات، ودعم بعضهم لبعض.

مثال: أنجولا ١٩٩٩–٢٠٠٠

- في انجولا، عام ١٩٩٩–٢٠٠٠، مارس الأطفال الصغار في مخيمات الأشخاص النازحين داخلياً، أنشطة قليلة، وقضى الآباء وقتاً قصيراً للتفاعل معهم.
- وفرت إحدى المنظمات الدولية غير الحكومية – بعد تحديد البالغين الذين يسعى إليهم السكان المحليون لطلب النصح أو المساعدة بشأن الأطفال الصغار – التدريب على كيفية تنظيم أنشطة مناسبة للسن، والنوع الاجتماعي. وقد ساعد هذا التدبير في تقديم الحافز، وتعزيز التفاعل الاجتماعي الإيجابي.
- برغم عدم وجود مدارس، أو مراكز؛ أدى المشاركون المحليون أنشطة تحت ظلال الأشجار، وأشركوا الأمهات في الأنشطة، وقاموا بإحالة الأطفال المحتاجين إلى مساعدة خاصة. وقد أفادت هذه الأنشطة آلافاً عدة من الأمهات، والأطفال.

صحيفة التدابير ١.٦
مراعاة اعتبارات نفسية، واجتماعية معينة، عند تقديم خدمات الرعاية الصحية العامة

المهمة: الخدمات الصحية
المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

هناك فجوة في معظم حالات الطوارئ بين دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، والرعاية الصحية العامة. ومع ذلك، فغالباً ما تؤثر الطريقة التي تقدم بها الرعاية الصحية على المعافاة «النفس – اجتماعية» للأشخاص الذين يعيشون، في ظل حالة طوارئ. وتعزز سبل الرعاية التي تتسم بالرحمة، والتعاطف، من معافاة الناجين، في حين تضر المعاملة المهينة، بالشعور بالكرامة، وتمنع الأشخاص من السعي للحصول على الرعاية الصحية، وتقوض الالتزام بنظم العلاج حتى من الأمراض المهددة للحياة، مثل: مرض الإيدز، والعدوى بفيروسه. وكثيراً ما يتزامن حدوث متاعب عضوية، ونفسية خاصة، لدى الناجين من الكوارث. وعادة ما يتم تجاهل العلاقات المتداخلة القوية، بين أوجه الصحة الاجتماعية، والنفسية، والعضوية، عندما يُهرع إلى تنظيم الرعاية الصحية، وتقديمها.

وغالباً ما تمثل عيادات الرعاية الصحية العامة – مثل عيادة الرعاية الصحية الأساسية – أولى نقاط الاتصال لمساعدة السكان، الذين يعانون من مشكلات الصحة العقلية، والمتاعب «النفس – اجتماعية». وعادة ما يواجه مقدمو الرعاية الصحية العامة، مشكلات الناجين الانفعالية، في أثناء علاجهم للأمراض، والإصابات العضوية، ولاسيما عند معالجة التداعيات الصحية لانتهاكات حقوق الإنسان، مثل التعذيب، والاغتصاب؛ علماً بأن بعض أشكال الدعم النفسي (مثل: الإسعافات النفسية الأولية الأساسية) للأشخاص الذين يمرون بمحنة نفسية شديدة، لا تتطلب معرفة مسبقة، أو مهارات متقدمة، ويمكن بسهولة تعليمها للعاملين الذين لم يحصلوا على تدريب سابق على الصحة النفسية.

وتغطي صحيفة التدابير هذه الاعتبارات النفسية، والاجتماعية، عند تقديم الرعاية الصحية العامة، في حالات الطوارئ. وتصف صفحة منفصلة إدارة الاضطراب النفسي الحاد في حالات الطوارئ (انظر صحيفة التدابير ٢.٦). وتنطبق الإجراءات أدناه على كل من الخدمات الصحية الموجودة مسبقاً، والمرتبطة بالطوارئ.

التدابير الأساسية

١. إدراج اعتبارات اجتماعية معينة، ضمن تقديم الرعاية الصحية العامة:

يجب تطوير رعاية صحية مناسبة، وسهل الوصول إليها، ومتوافقة مع الحد الأدنى من معايير «مشروع اسفير» الخاصة بالصحة للحفاظ على الحياة بكرامة. وتنسحب هذه الاعتبارات الاجتماعية على:

- تعظيم مشاركة السكان المتضررين – ذكوراً، وإناثاً – في تصميم، وتنفيذ أي خدمات صحية طارئة، ومراقبتها، وتقييمها (للاسترشاد: انظر مرجع «شبكة التعلم النشط من أجل تطبيق المساءلة عملياً» وصحيفة التدابير ١.٢ و٢.٢ و١.٥).
- تعظيم الوصول إلى الرعاية الصحية عن طريق وضع مكان الخدمات الجديدة على مسافة قريبة آمنة من المجتمع. ويجب العمل من أجل توازن النوع الاجتماعي، وضم ممثلي الأقليات الرئيسة، والجماعات ذات اللغة الواحدة، إلى العاملين الصحيين؛ لتعظيم وصول الناجين إلى الخدمات الصحية. ويمكن الاستعانة بمترجمين إذا دعت الضرورة.
- حماية حقوق المرضى، وتعزيزها من أجل:
  - ضمان الموافقة المستنيرة (لكلا الجنسين) قبل اتخاذ أي إجراءات طبية، وجراحية (هناك ضرورة خاصة لشرح واضح للعمليات عندما يتولى عمال دوليون، ممن قد يتناولون الطب بشكل مختلف – تقديم الرعاية الصحية في حالة الطوارئ).
  - توفير الخصوصية. (بقدر الإمكان مثل تثبيت ستارة حول منطقة الفحص).
  - سرية المعلومات المتعلقة بالوضع الصحي للمرضى. وهناك حاجة شديدة للحذر بالنسبة لانتهاكات حقوق الإنسان. (مثل التعذيب والاغتصاب).
- استخدام الأدوية الضرورية الواردة في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية، وتيسير الرعاية، وضمان استمرارها؛ مع الاستعانة بالأدوية المقلدة المتاحة محلياً، إلى أقصى درجة ممكنة.
- تسجيل، وتحليل البيانات المتناثرة عن الجنس، والسن، في أنظمة المعلومات الصحية.
- إيصال المعلومات الصحية المهمة المرتبطة بالطوارئ إلى السكان المتضررين (انظر صحيفة التدابير ١.٨).

٢. توفير شهادات ميلاد ووفاة (إذا دعت الحاجة):

لا مراء في أهمية شهادات الوفاة للدعاوى. (بما فيها دعاوى الميراث) التي يرفعها الناجون من أفراد الأسرة. وغالباً ما يكون توثيق الميلاد ضرورياً لتحديد دعاوى الجنسية، ومن ثم الوصول إلى خدمات حكومية (مثل التعلم)، والحماية ضد التبني غير الشرعي، والتجنيد الإجباري، والتهريب. وإذا لم تتمكن السلطات النظامية من توفير هذه الوثائق، ينبغي على العاملين المعنيين بالرعاية الصحية توفيرها.

٣. تيسير الإحالة إلى المصادر الأساسية، في خارج النظام الصحي، بما في ذلك:

- الخدمات، وأنظمة الدعم، وآليات الحماية الاجتماعية المتاحة محلياً داخل المجتمع. (انظرصحيفة التدابير ٢.٣ و٣.٣ و٢.٥).
- الدعم القانوني و/أو خدمات الشهادة للناجين من انتهاكات حقوق الإنسان، حسبما يكون مناسباً.
- وكالات التتبع لمن يعجزن عن تحديد مكان الأقرباء المفقودين.

٤. توجيه عاملي الصحة العمومية، والمعنيين بالصحة النفسية،
إلى العناصر «الطب – نفسية» للرعاية الصحية، في حالة الطوارئ:

انظر أيضاً صحيفة التدابير ٣.٤ للتوجيه الخاص بتنظيم عمليات التوجيه. ويجب توفير ندوات توجيه لنصف يوم، ويُفضل ليوم كامل، للعاملين المحليين، والدوليين. ادرس المحتويات التالية:

- التوعية النفسية، والمعلومات العامة، بما فيها:
  - أهمية معاملة الناجين من الكارثة باحترام، مع حفظ كرامتهم، وحمايتها.
  - معلومات أساسية عما هو معروف عن الصحة النفسية، والأثر «النفس – اجتماعي» لحالات الطوارئ (انظر الفصل «١»)، بما فيها تفهم الاستجابات «النفس – اجتماعية» المحلية.
  - النتائج الأساسية المستقاة من تقييمات دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» محلياً. (انظر صحيفة التدابير ١.٢).
  - تجنب التركيز غير المناسب على الأمراض/المعالجة الطبية (أي التفرقة بين المحنة غير المرضية، والاضطراب العقلي الذي يتطلب علاجاً إكلينيكياً، أو إحالة).
  - التعرف على أي رعاية للصحة النفسية متاحة في المنطقة؛ للتمكين من إجراء الإحالة المناسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطراب نفسي حاد (انظر نشرة العمل ٢.٦).
  - التعرف على أنظمة الدعم، وآليات الحماية الاجتماعية المتاحة داخل المجتمع، لتيسير عمليات الإحالة (انظر صحيفة التدابير ٢.٥ و٢.٣).
- التواصل مع المرضى، بإعطاء معلومات واضحة، ودقيقة عن الوضع الصحي، والخدمات ذات الصلة مثل: تتبع الأسر. ومن العناصر المنشطة للتواصل بأسلوب داعم:
  - الاستماع النشط.
  - معارف أساسية حول سبل إبلاغ الأخبار المؤسفة بأسلوب ملائم.

  - معارف أساسية بكيفية التعامل مع المرضى الغاضبين، أو شديدي القلق، أو من لديهم ميل للانتحار، أو المرضى النفسانيين، أو المنسحبين من المجتمع.
  - معارف أساسية بكيفية الاستجابة للأحداث الخاصة، والانفعالية للغاية، مثل العنف الجنسي.
- كيفية دعم إدارة المشكلات، والتمكين، عن طريق مساعدة السكان، على توضيح مشكلاتهم، وشحذ الذهن، وأيضاً عن طرق التكيف، وتحديد الخيارات، وتقييم قيمة الخيارات، ونتائجها.
- أساليب أساسية لإدارة الضغوط، بما فيها أساليب الاسترخاء (التقليدية) المحلية.
- المعالجة غير الدوائية، وإحالة الشكاوى العضوية، التي ليس لها تفسير طبي (بعد استبعاد الأسباب العضوية). (انظر الملصق الخاص بهذا في قسم المصادر الرئيسة).

٥. إتاحة الدعم النفسي للناجين من عوامل الضغط الحادة (المعروفة عادة بالعصاب الصدمي):

- معظم الأفراد الذين يعانون من محنة نفسية حادة عقب التعرض لأحداث شديدة الضغوط يتلقون أفضل دعم دون علاج. وينبغي أن يكون جميع عمال المساعدات، وخاصة عمال الصحة، قادرين على تقديم إسعافات نفسية أولية أساسية. وغالباً ما ينظر – بشكل خاطئ – إلى هذه الإسعافات على أنها تدخل نفسي إكلينيكي، أو طارئ؛ إلا أنها مبادرة عن وصف لاستجابة إنسانية داعمة من إنسان لأخيه الإنسان الذي يعاني، وقد يحتاج إلى الدعم، وهي تختلف كثيراً عن استخلاص المعلومات، في أنها لا تشمل بالضرورة مناقشة الحدث الذي سبب المحنة. وتشمل الإسعافات النفسية الأولية:
  - الحماية من المزيد من الأذى: في ظروف نادرة الحدوث قد يتخذ أشخاص يعانون بشدة من محنة ما، قرارات تعرضهم لمزيد من الأذى. ويجب – متى كان ذلك مناسباً – تعريف الناجين الذين يعانون من محنة ما بحقهم في رفض مناقشة الأحداث مع عمال المساعدات أو الصحفيين (الآخرين).
  - إعطاء الفرصة للناجين للتحدث عن الأحداث، ولكن دون ضغط. وينبغي احترام رغبتهم في عدم الحديث، وتجنب الضغط للحصول على معلومات أكثر ما يكون الشخص المعني مستعداً للإفصاح عنه.
  - الإنصات بصبر وبأسلوب يتسم بالقبول وعدم إصدار الأحكام.
  - نقل التعاطف الحقيقي.
  - تحديد الاحتياجات العملية الأساسية، وضمان تلبيتها.

- الاستفسار عن أسباب قلق السكان، ومحاولة التعامل معها.
- تثبيط طرق التكيف السلبية (خاصة عن طريق المسكرات، والمواد الأخرى)، وتوضيح أن الأشخاص الذين يمرن بمحنة شديدة يتعرضون لخطر أكبر لمواجهة مشكلات تعاطي المواد المخدرة.
- تشجيع المشاركة في الأنشطة اليومية العادية (إن أمكن) والاستعانة بالطرق الإيجابية للتكيف (مثل طرق الاسترخاء الملائمة ثقافياً، والوصول إلى أنظمة الدعم الثقافية، والروحية المساعدة).
- تشجيع موافقة واحد أو أكثر من أفراد الأسرة أو الأصدقاء، ولكن دون إجبار.
- طرح إمكانية العودة من أجل المزيد من الدعم، حسبما يكون مناسباً.
- الإشارة إلى آليات الدعم المتاحة محلياً، حسبما يكون مناسباً (صحيفة التدابير ٥.٢) أو إلى أطباء إكلينيكيين مدربين.

- في عدد قليل من الحالات؛ وعندما تؤثر المحنة الشديدة على الوظائف الأساسية للإنسان، تظهر الحاجة الملحة إلى علاج سريري (يمكن الرجوع إلى المصادر الرئيسية تحت عنوان «عندما لا يوجد طبيب نفسي»). ويجب، إن أمكن، إحالة المريض إلى طبيب سريري، وخاضع للإشراف، بغية مساعدة الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية (انظر صحيفة التدابير ٦.٢). وينبغي توفير العلاج السريري بالانضمام إلى جهات الدعم الرسمية، وغير الرسمية (انظر التدابير الأساسية ٥.٢).
- بالنسبة للعلاج السريري للشعور الحاد بالحزن، تُوصف أدوية بنزوديازبين بكثرة، وإفراط في معظم حالات الطوارئ. وعلى الرغم من هذا؛ يمكن وصف هذا الدواء بشكل مناسب، لمدة قصيرة، لعلاج بعض المتاعب السريرية المحددة (مثل الأرق الحاد). بيد أنه يجب توخي الحذر لأن استعمال أدوية بنزوديازبين قد يؤدي أحياناً، وبسرعة، إلى الاعتماد عليها، ولاسيما بين الأشخاص الذين يعانون من الكرب الشديد. ويرى خبراء كثيرون أن أدوية بنزوديازبين قد تبطئ من عملية التعافي، عقب التعرض لضغوط شديدة.

- في معظم الأحوال، يقل الحزن بصورة طبيعية، دون تدخل خارجي بمرور الوقت. إلا أنه في قليل من الحالات، تتطور الحالة النفسية المزمنة أو اضطرابات القلق (بما في ذلك الإجهاد التالي للصدمة). وإذا كان الاضطراب حاداً، ينبغي أن يتم العلاج على يد طبيب سريري مدرب، كجزء من الحد الأدنى من الاستجابة لحالة الطوارئ (انظر صحيفة التدابير ٦.٢). أما إذا لم يكن الاضطراب حاداً، (مثل قدرة الشخص على أداء عمله ، وتحمل المعاناة)، فيجب أن يتلقى هذا الشخص رعاية مناسبة كجزء من استجابة مساعدات أكثر شمولاً. وحسبما يكون ذلك مناسباً، قد يُقدم الدعم لهذه الحالات من قبل العاملين الصحيين المجتمعيين المدربين والخاضعين لإشراف سريري، مثل الأخصائيين الاجتماعيين والمستشارين) الملحقين بالهيئات الصحية.

٦. تجميع بيانات حول الصحة النفسية، في بيئة الرعاية الصحية الأولية:

ينبغي على العاملين في مجال الرعاية الصحة الأولية توثيق مشكلات الصحة النفسية في بياناتهم عن نسبة أنتشار الأمراض، باستخدام فئات بسيطة شارحة لنفسها. (انظر صحيفة التدابير ٦.٢ للمزيد من التفاصيل التوجيهية).

المصادر الرئيسة

١. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). Participation and health programmes. In: *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp.315-330.
http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm

٢. Forum for Research and Development (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development.
http://www.irdsrilanka.org/joomla/

٣. Médecins Sans Frontières (2005). *Mental Health Guidelines*. Amsterdam: MSF.
http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
(ويعيب هذا المصدر أنه أُعد خصيصاً لأماكن الكوارث بالغرب. ويوضح هذا الدليل نموذجاً متقدماً للمعونات الأولية السيكولوجية؛ نظراً لإعدادها للمهنيين الصحيين الذين سبق تدريبهم).

٤. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (Second edition).
http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf
(ويعيب هذا المصدر أنه أُعد خصيصاً لأماكن الكوارث بالغرب. ويوضح هذا الدليل نموذجاً متقدماً للمعونات الأولية السيكولوجية؛ نظراً لإعدادها للمهنيين الصحيين الذين سبق تدريبهم).

٥. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists.
http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx

٦. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Minimum Standards in Health Services, pp.249-321. Geneva: Sphere Project.
http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm
Arabic version: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

٧. WHO/UNHCR/UNFPA (2004). *Clinical Management of Survivors of Rape: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons (revised edition)*. Geneva: WHO/UNHCR.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/
Arabic version: http://www.emro.who.int/eha/pdf/ClinicalManag_Rape_Survivors_arabic.pdf

عينة مؤشرات العملية:

- يعرف العاملون الصحيون كيف يحمون، ويدعمون حق مرضاهم في الكرامة عن طريق مراعاة مبدأ الموافقة المستنيرة، والسرية، والخصوصية.
- قدرة العاملين الصحيين العموميين على تقديم الإسعافات النفسية الأولية لمرضاهم، كجزء من رعايتهم.
- يقوم العاملون الصحيون العموميون بالإحالة المناسبة إلى (أ) أنظمة الدعم المجتمعية خارج النظام الصحي. و(ب) العاملين المجتمعيين المدربين والخاضعين للإشراف السريري (عاملو ومستشارو الدعم الملحقون بالهيئات الصحية، إن وجدوا). و(ج) الأطباء السريريين المدربين الخاضعين للإشراف في الرعاية السريرية، لمشكلات الصحة النفسية.

مثال: مقدونيا، ١٩٩٩

- توافدت موجات عارمة من لاجئي كوسوفو على المخيمات المؤقتة. وقد تلقى العاملون الصحيون المجتمعيون تدريباً سريعاً على تحديد الحالات (الطبية، والاجتماعية) المستضعفة، وأماكن الإحالة المناسبة لها. وشمل التدريب معرفة أساسية بإدارة الضغوط.
- عمل العاملون الصحيون المجتمعون تحت إشراف متخصصين في منشآت الرعاية الصحة الأولية للطوارئ. وقد جرى توظيفهم بين السكان المحليين واللاجئين، حيث أُسندت إليهم مسؤولية متابعة وتحديد الأشخاص المستضعفين داخل المخيم، والإحالة إلى المنظمات الطبية والاجتماعية، ومتابعة الحالات الطبية، وحالات الصحة النفسية (الخدمات الإيصالية)، فضلاً عن تقديم المعلومات للوافدين الجدد.
- أُلحقت خدمات الصحة النفسية (الدعم السيكولوجي في الأزمات النفسية والحادة) بوحدة الرعاية الصحية الأولية، وتعاملت مع الإحالات الوافدة من العاملين، بوحدات الرعاية الصحية الأولية. ويحصل هؤلاء العاملون الصحيون المجتمعون على تدريب وإشراف مكثف، بحيث يضطلعوا بدور مستشاري المخيم، عقب استقرار حالة الطوارئ.

صحيفة التدابير ٦.٢

إتاحة الرعاية للمصابين باضطرابات نفسية حادة

المهمة: **الخدمات الصحية**

المرحلة: **الحد الأدنى للاستجابة**

الخلفية

تمثل الاضطرابات العقلية أربعة من المسببات العشرة الرئيسة للإعاقة حول العالم، بينما تُعد من أقل مجالات الرعاية الصحية موارد، كما لا يقوم سوى عدد محدود من البلدان، بتلبية احتياجات الصحة النفسية السريرية في الأوقات العادية، فما بالنا بحالات الطوارئ؟

وتميل خدمات الصحة النفسية السريرية – التي تتواجد بالفعل في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل – إلى الاعتماد على المستشفيات داخل المدن الكبرى، وغالباً ما لا يصل إليها غالبية السكان.

وكان من المتوقع، أن ترتفع نسبة المصابين باضطراب نفسي حاد (مثل الذهان، واضطرابات الحالة النفسية، والقلق الحاد) في حالات الطوارئ بنسبة ١ بالمائة، فوق التقديرات الأساسية التي تتراوح ما بين ٢ و٣ بالمائة. وبالإضافة إلى هذا، قد ترتفع نسبة الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية بسيطة أو متوسطة، بما في ذلك معظم أعراض اضطرابات الحالة النفسية، والقلق (مثل الاضطرابات التالية للصدمة) بنسبة ٥–١٠ بالمائة فوق معدل التقديرات الأساسية التي تقدر بنحو ١٠ بالمائة (انظر منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٥ «أ»). وفي معظم الظروف، يحدث تعاف طبيعي (أي شفاء دون تدخل خارجي)، للعديد من الناجين المصابين باضطرابات بسيطة، ومتوسطة، وإن لم يتعافوا كلياً.

وتوضح صحيفة التدابير هذه، الحد الأدنى من الاستجابة الإنسانية اللازمة لرعاية المصابين باضطرابات نفسية حادة. وعلى الرغم من أن اللغة المستخدمة في هذه الصحيفة تشير غالباً إلى رعاية الاضطرابات النفسية الحادة، إلا أنه ينبغي ملاحظة أن العديد من التدابير، الموصى بها، تنطبق أيضاً على رعاية حالات اضطرابات عصبية منتقاة في بلدان تسند فيها رعاية مثل هذه الحالات إلى العاملين المعنيين بالصحة النفسية.

إن الاضطرابات الحادة التي تتناولها هذه الصحيفة قد تكون موجودة، من قبل، أو ناتجة عن حالة الطوارئ، وتشمل الحالات التالية:

- كل أنواع الذهان.
- مظاهر اضطراب الحالة النفسية، والقلق الشديد (بما في ذلك مظاهر العجز الناجم عن الاضطرابات الناتجة عن العصاب الصدمي).
- اضطرابات نفسية حادة نتيجة لتعاطي المسكرات، والاعتماد على مادة نفسانية التأثير (انظر صحيفة التدابير ٦.٥ للتوجيه بشأن مشكلات تعاطي هذه المواد بوجه عام).
- الاضطرابات السلوكية والانفعالية الحادة بين الأطفال، والشباب.
- إعاقات نمو حادة سابقة.
- الاضطرابات النفسية – عصبية بما فيها الصرع، والهذيان، والعته، والاضطرابات النفسية الناتجة عن إصابة المخ، أو غيرها من الحالات الطبية الضمنية (مثل المواد السامة، والعدوى، ومرض التمثيل الغذائي، والأورام، والمرض التنكسي).
- أي مشكلة حادة في الصحة النفسية – بما في ذلك (أ) الاضطرابات الحادة، التي تم تحديدها محلياً – لا تتفق بالضرورة – بسهولة – مع نظام التصنيف الدولي الثابت (انظر صحيفة التدابير ٦.٤) و(ب) السلوكيات المحفوفة بالمخاطر المرتبطة عموماً بالاضطرابات النفسية (مثل الميل إلى الانتحار، وإيذاء النفس).

وقد يتوجه المصابون باضطرابات نفسية – بدايةً – إلى منشآت الرعاية الصحية الأولية؛ للحصول على المساعدة لعلاج الشكاوى العضوية التي ليس لها تفسير طبي. إلا أن المصابين باضطرابات نفسية حادة قد لا يتمكنون من هذا على الإطلاق بسبب العزلة، أو الوصمة، أو الخوف، أو إهمال الذات، أو الإعاقة، أو صعوبة الوصول إلى الرعاية. ومما لا شك فيه أن هؤلاء الأشخاص يكونون مستضعفين، سواء بسبب اضطرابهم الحاد، أو لأن حالة الطوارئ قد تحرمهم من جهات الدعم الاجتماعي، التي دأبت على مساعدتهم في السابق. وغالباً ما تتعرض الأسر للضغوط، والشعور بالعار؛ بسبب أعباء الرعاية في الأوقات العادية. ويعرض هذا الأمر هؤلاء الأفراد إلى خطر متزايد بإغفالهم تماماً في حالات الطوارئ التي قد تتضمن نزوحاً. ومع هذا، فبمجرد تحديد هؤلاء الأفراد؛ يمكن اتخاذ خطوات، لتوفير حماية، وإغاثة فورية، ولدعم مقدمي الرعاية القائمين. ولابد من إيلاء أولوية لمن يواجهون خطراً يهدد بقاءهم، أو الذين يعيشون في أوضاع تحط من كرامتهم، وحقوقهم الإنسانية، أو الذين يعيشون في أماكن تعاني من ضعف الدعم الاجتماعي، حيث يناضل أفراد الأسرة من أجل البقاء والتأقلم مع الظروف.

إن علاج المصابين باضطراب نفسي حاد، ودعمهم، يتطلب – بطبيعة الحال – مجموعة من التدخلات البيولوجية، والاجتماعية، والسيكولوجية. ويمكن تجنب كل من: الإفراط، والتفريط في العلاج الطبي عن طريق تدريب العاملين، والإشراف عليهم. أما من يعانون من مشاعر الحزن بسبب الكارثة، أو بسبب الكرب، دون السريري فينبغي ألا تصرف لهم أدوية، حيث سيستجيبون جيداً للإسعافات السيكولوجية الأولية (انظر صحيفة التدابير ٦.١) وللدعم الاجتماعي الفردي ، والمجتمعي (انظر صحيفة التدابير ٥.٢). وعلاوة على هذا، يمكن علاج بعض الاضطرابات النفسية بشكل فعال، عن طريق تدخل سيكولوجي عملي فقط، على ألا يتم اللجوء إلى الدواء إلا بعد هذه التدخلات.

وتمثل التدابير الموضحة – فيما يلي – **الحد الأدنى** من الاستجابة الضرورية للتعامل مع احتياجات الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية حادة إبان حالة الطوارئ.

كما يمكنها توفير الخطوة الأولى في استجابة أكثر شمولاً.

والتدابير الموضحة أدناه موجهة إلى السلطات الصحية المحلية، والعاملين المحليين المعنيين بالرعاية الصحية، والمنظمات الطبية المحلية، والدولية. وفي حال عدم توافر بنية أساسية صحية محلية ، أو قدرة محلية في بداية حالة الطوارئ؛ ينبغي على المنظمات الخارجية توفير خدمات الصحة النفسية. ومع هذا، يجب ألا تحل هذه الخدمات محل وسائل التداوي، والتكيف الاجتماعي غير الرسمي الحالي، وإنما ينبغي إدماجها مع الخدمات الصحية، التي تديرها الحكومة في وقت لاحق.

التدابير الأساسية

١. التقييم:

يجب تحديد التقييمات التي تمت، والمعلومات المتاحة، مع تصميم تقييمات أكثر، حسب الحاجة. للتوجيه بشأن عملية التقييم، والاحتياجات الواجب تقييمها، انظر صحيفة التدابير ١.٢. وفيما يتصل بصحيفة التدابير الحالية، فمن الأهمية بمكان:

- تحديد الهيكل الموجود مسبقاً لرعاية الصحة النفسية داخل قطاع الصحة، وأماكنها، والعاملين فيها، ومواردها (بما في ذلك السياسات، وتوافر الأدوية، ودور الرعاية الصحية الأساسية، ومستشفيات الأمراض النفسية... إلخ)، والجهات الاجتماعية ذات الصلة (انظر: أطلس الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية الخاص بالبيانات حول موارد رعاية الصحة النفسية الرسمية في كل بلدان العالم).
- تحديد أثر حالة الطوارئ على الخدمات الموجودة مسبقاً.
- تحديد ما إذا كانت السلطات المحلية، والمجتمعات تعتزم التعاطي مع احتياجات الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة، والذين تقطعت بهم السبل إبان حالة الطوارئ، فضلاً عن تحديد ما يمكن عمله، وجهات الدعم التي قد يُحتاج إليها.
- تحديد المصابين باضطرابات نفسية حادة تتطلب المساعدة عن طريق:
  - مطالبة جميع الوكالات الحكومية، وغير الحكومية ذات الصلة (خاصة تلك التي تغطي إدارة أمور الصحة، والمأوى، والمخيمات، وحمايتها)، وكذا مطالبة قادة المجتمع، بتسجيل، وتنبيه مقدمي الرعاية الصحية، عندما يواجهون، أو يخطرون عن أشخاص يبدون مضطربين، أو مشتتين للغاية، أو تصدر عنهم تصرفات غير مترابطة، أو لديهم أفكار غريبة، أو يتصرفون بغرابة، أو يبدون عاجزين عن الاعتناء بأنفسهم.
  - زيارة المعالجين التقليديين، والتعاون معهم، حينما يكون ذلك مناسباً. فهم غالباً على دراية بمكان من يعانون، وقد يقدمون معلومات ثقافية للممارسين غير المحليين. (انظر صحيفة التدابير ٤.٦).
  - زيارة أية مؤسسات رسمية وغير رسمية لتقييم الاحتياجات وضمان الحقوق الأساسية لمن يتلقون الرعاية (انظر صحيفة التدابير ٣.٦).
  - تعليم العاملين بالرعاية الصحية الأساسية الوطنيين، والدوليين كيفية توثيق مشكلات الصحة النفسية، في بيانات الرعاية الصحية الأساسية، بالاستعانة بفئات بسيطة لا تتطلب تعليمات كثيرة للتعرف عليها. فعلى سبيل المثال، سيتطلب الممارس العام العادي بعض التدريب الإضافي على الاستعانة بالفئات التالية:
    - الشكاوى العضوية التي ليس لها تفسير طبي.
    - الحزن الانفعالي الحاد (مثل علامات الحزن الحاد، أو الضغط الحاد).
    - السلوك الحاد غير الطبيعي (المشار إليه في استمارة الرعاية الصحية الأساسية بمصطلحات مفهومة محلياً تنم عن «الجنون»).
    - تعاطي الكحوليات، والمواد المخدرة.
- مشاركة نتائج التقييمات مع مجموعة تنسيق الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» (انظر صحيفة التدابير ١.١ و١.٢)، ومع مجموعة تنسيق القطاع الصحي الشامل.

٢. ضمان كفاية توريدات الأدوية النفسية الضرورية، في جميع عدد أدوية الطوارئ:

يكون الحد الأدنى من التوريدات عبارة عن دواء عام وشائع (غير محدد الملكية الفكرية) مضاد للذهان، ودواء مضاد للشلل الرعاش (للتعامل مع الأعراض الجانبية المتزايدة المحتملة)، ودواء مضاد للتشنجات والصرع، وواحد مضاد للاكتئاب، ومزيل للقلق (لاستعماله في حالات تعاطي المواد المخدرة، والاختلاج) في شكل أقراص، على أن تكون جميع الأدوية موجودة بقائمة منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية. ولا تشمل (العدد الصحية لحالات الطوارئ المخصصة للوكالات المختلفة (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٦) أدوية (أ) مضادة للاضطراب الذهني في شكل أقراص، أو (ب) مزيلة للقلق في شكل أقراص، أو (ج) مضادة للشلل الرعاش، أو (د) مضادة للاكتئاب. ومن الضروري عمل ترتيبات سواء لشراء هذه الأدوية الأربعة محلياً، أو استيرادها إذا استخدمت هذه العدة). كما يُنصح بالأدوية العامة الشائعة، التي تم تطويرها حديثاً والواردة في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية؛ لأنها تشبه الأدوية ذات العلامات التجارية، من حيث الفاعلية، والمطورة حديثاً إلا أنها أرخص ثمناً، وبناءً عليه: تدعم عملية استمرار البرامج.

٣. تمكين عضو واحد – على الأقل – من فريق الرعاية الصحية الأولية، في حالة الطوارئ؛ لتقديم رعاية صحية نفسية متقدمة:

- أخصائيو الصحة النفسية المحليون والدوليون الذين ينضمون إلى فرق الرعاية الصحية الأولية التابعة للحكومة والمنظمات غير الحكومية. (ويكون العاملون الدوليون في حاجة إلى توجيه بشأن الثقافة، والظروف المحلية، انظر صحيفة التدابير ٣.٤ و١.٦، وينبغي أن يستعينوا بمترجمين أكفاء).
- تدريب العاملين بالرعاية الصحة الأولية المحليين، والإشراف عليهم؛ لإدماج رعاية الصحة النفسية بما في ذلك الاستخدام الرشيد لأدوية الأمراض النفسية، في الممارسة الطبيعية، وتكريس الوقت (انظر النقطة ٤ أدناه وصحيفة التدابير ٣.٤):
- التدريب، والإشراف على أحد أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية المحلي (طبيباً كان أو ممرضة)؛ لتقديم رعاية الصحة النفسية طوال ساعات العمل المعتادة، جنباً إلى جنب مع هيئات الرعاية الصحية الأولية الأخرى (انظر النقطة ٤ أدناه وصحيفة التدابير ٣.٤).

٤. تدريب العاملين المعنيين بالرعاية الصحية الأولية الموجودين في الصفوف الأمامية؛ لرعاية حالات الاضطراب النفسي الحاد، والإشراف عليهم. (انظر أيضاً صحيفة التدابير ٣.٤).

- ينبغي أن يشمل التدريب كلاً من النظرية، والتطبيق، ويمكن أن يبدأه مشرف صحة نفسية – محلي، أو دولي – في بداية حالة الطوارئ، بالتعاون مع السلطات الصحية المحلية (انظر المثال). ولابد أن يستمر هذا التدريب بعد حالة الطوارئ، كجزء من استجابة أكثر شمولاً. وينبغي أن يتضمن التدريب جميع المهارات المذكورة في التدبير الأساسي «٤» من صحيفة التدابير ١.٦ بالإضافة إلى:
  - معاملة جميع المستفيدين من الخدمة، ومقدمي الرعاية لهم، بكرامة، واحترام.
  - فحص الحالة النفسية.
  - التعرف على جميع الاضطرابات الحادة المذكورة في «الخلفية» أعلاه، والإدارة المتقدمة لها.
  - توفير الدلائل الإرشادية، والبروتوكولات الخاصة بما سبق. (انظر المصادر الرئيسة).
  - مهارات إدارة الوقت؛ مع التركيز على كيفية إدماج عمل الصحة النفسية في العمل السريري العادي، مع تدخلات سيكولوجية عملية بسيطة، كما هو موضح تحت عنوان: «عندما لا يوجد طبيب نفسي». (أنظر المصادر الرئيسة).
  - الاحتفاظ بسجلات سريرية خاصة، مع إعطاء مقدمي الرعاية نسخاً منها – إن أمكن – إذ قد يكون السكان في حالة تنقل.
  - الحفاظ على السرية؛ وعندما يلزم التخلي عنها لأسباب تتعلق بالحماية، يجب التعامل مع مسائل الرعاية، والمسائل الطبية القانونية، وأخطار المستفيدين من الخدمة، ومقدمي الرعاية.
  - إقامة قنوات مناسبة للإحالة لجهات الدعم داخل المجتمع (انظر صحيفة التدابير ٢.٥ و٤.٦). وللخدمات الثانوية، والثالثية إذا وجدت، وكان يسهل الوصول إليها.
- بالنسبة للأشخاص المصرح لهم باستخدام الدواء في الدولة المتضررة؛ تشمل ممارسات وصف الدواء الجيدة ما يلي:
  - الاستخدام الرشيد للأدوية النفسية الضرورية الموجودة في عِدة الطوارئ، وفقاً للضوابط الإرشادية في (الجزء الذي يحمل عنوان): «الأدوية الضرورية في الطب النفسي»، والمتوافقة مع (الجزء الذي يحمل عنوان): «عندما لا يوجد طبيب نفسي» (انظر المصادر الرئيسة).
  - كيفية تيسير استمرار وصول الدواء الموصوف لمن يعانون من اضطرابات مزمنة (مثل المرض النفسي المزمن، والصرع).
  - كيفية تجنب وصف الأدوية النفسية التأثير، لمن يعانون من الشعور بالحزن الناتج عن الكوارث، أو الحزن غير المرضي (انظر صحيفة التدابير ١.٦)، عن طريق وضع استراتيجيات لا تعتمد على الأدوية، للتعامل مع الضغوط النفسية.
  - كيفية تجنب وصف أدوية الغفل، لعلاج الشكاوى العضوية، التي ليس لها تفسير طبي.
  - فهم كل من فوائد أدوية بنزوديازبين، وأخطارها، وخاصة خطر الاعتماد عليها، بسبب التعاطي طويل الأمد.
  - كيفية تقليل الوصف غير الضروري للأدوية المتعددة.
- إدارة، ودعم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة، والذين أوثقهم مقدمو الرعاية أو قيدوا حركتهم:
  - أولاً، إيجاد السبل الأساسية للرعاية النفسية، والاجتماعية، مثل توفير الدواء المناسب، وتوعية الأسرة، ودعمها.
  - تعزيز أحوال المعيشة الإنسانية.
  - ثانياً، دراسة فك قيود المريض؛ إلا أنه في الحالات النادرة التي يكون للمريض فيها تاريخ من السلوك العنيف؛ لابد من ضمان الأمن الأساسي للآخرين.

٥. تجنب إثقال كاهل العاملين المعنيين بالرعاية الصحية الأولية بدورات تدريبية متعددة:

- يجب أن يكون لدى المتدربين الوقت لإدماج تدريب الصحة النفسية في ممارساتهم اليومية، حتى يمكنهم تقديم الرعاية النفسية بالشكل الأمثل.
- يجب ألا يُدرب على مجالات متعددة تحتاج إلى مهارات مختلفة (مثل الصحة النفسية، والسل الرئوي، والملاريا، والاستشارات الخاصة بفيروس الإيدز)، دون تخطيط كيفية إدماج هذه المهارات، واستخدامها.
- يكون التدريب النظري لفترات قصيرة غير كافٍ، وربما يتسبب في تدخلات ضارة. ويجب أن يُتبع دوماً بإشراف مكثف على أداء العمل. (انظر صحيفة التدابير ٣.٤، وانظر المثال).

٦. توفير رعاية صحية نفسية في مواقع منطقية إضافية:

يجب الاستعانة بالمعايير العامة للصحة العمومية (مثل تغطية السكان، والحجم المتوقع للمستفيدين من الخدمة المصابين باضطرابات حادة، واستمرار الخدمات المتوقعة)، لتحديد أماكن تقديم الرعاية النفسية. وقد تمثل الرعاية الصحية الأولية المتنقلة، أو فريق الصحة النفسية المجتمعية، طريقة فعالة لتوفير الرعاية في حالات الطوارئ، في أماكن مختلفة داخل منطقة ما. وفيما يلي أمثلة للنقاط المنطقية للحصول على الرعاية:

- غرف الطوارئ.
- العيادات الخارجية بمرافق الرعاية الثانوية، والثالثية.
- مراكز إسعاف، وإيواء الحالات النفسية.
- عنابر المستشفيات العامة التي تضم عدداً كبيراً من حالات الدخول إلى المستشفى المتعلقة بالطوارئ.
- عن طريق الزيارات المنزلية (بما فيها زيارات للخيام، ومراكز التجمع والثكنات، أو موقع إيواء مؤقت).
- المدارس، والمناطق الصديقة للطفل.

٧. محاولة تجنب إنشاء هيئات صحة نفسية موازية تركز على التشخيص (مثل الضغوط التالية للصدمة)، أو على مجموعات محدودة (مثل الأرامل):

قد يؤدي هذا إلى وجود خدمات متفرقة غير مضمونة الاستمرار، وكذا الإهمال المتواصل للأشخاص الذين لا يصنفون ضمن فئة أو مجموعة تشخيصية محددة، مما قد يسهم في وصم من يفعلون هذا، وإن كان لا يحول دون الوصول المستهدف إلى القاعدة العريضة من السكان (مثل عيادات الأطفال داخل المدارس)، كجزء من خدمة متكاملة.

٨. إعلام السكان بتوافر الرعاية الصحة النفسية:

- الإعلان بالاستعانة بمصادر المعلومات ذات الصلة، مثل الإذاعة (انظر صحيفة التدابير ١.٨).
- ضمان إيصال جميع الرسائل بطريقة تراعي ألا تودي إلى نظر المواطنين إلى السلوكيات، والاستجابة الطبيعية للضغط، على أنها دليل على اضطراب نفسي حاد.
- إعلام قادة المجتمع، والشرطة المحلية – إن كان ذلك مناسباً – بتوافر الرعاية الصحية النفسية.

٩. العمل مع هياكل المجتمع المحلية؛

لاكتشاف من يعانون من اضطرابات نفسية حادة، وزيارتهم، ومساعدتهم. (انظر صحيفة التدابير ٢.٥ و٤.٦).

١٠. الاشتراك في التنسيق بين الوكالات بشأن الصحة النفسية. (انظر صحيفة التدابير ١.١)؛ بالإضافة إلى المشاركة في عمليات التخطيط الاستراتيجي على المدى البعيد، لخدمات الصحة النفسية. وتمثل حالات الطوارئ – عادةً – عوامل محفزة للإصلاحات، مما قد يسرع من وتيرة تحسين خدمات الصحة النفسية.

المصادر الرئيسة

١. Forum for Research and Development. (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development. http://www.irdsrilanka.org/joomla/

٢. Médecins Sans Frontières (2005). 'Individual treatment and support'. *In Mental Health Guidelines*, pp. 40-51. Amsterdam: MSF. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf

٣. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists. http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx

٤. WHO (1993). *Essential Drugs in Psychiatry*. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.27.pdf

٥. WHO/UNHCR (1996). 'Common mental disorders'. *In Mental Health of Refugees*, pp.39-61. Geneva: WHO/UNHCR. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf

٦. WHO (1998). *Mental Disorders in Primary Care: A WHO Educational Package*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf

٧. WHO (2001). *The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: View from the Developing World*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/50.pdf

٨. WHO (2003), *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf Arabic: http://www.who.int/mental_health/media/en/692.pdf

٩. WHO (2005a). *Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia*. http://www.who.int/mental_health/resources/tsunami/en/index.html

١٠. WHO (2005b). *Mental Health Atlas*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

١١. WHO (2005c). *Model List of Essential Medicines*. Geneva: WHO. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/ Arabic: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_ara.pdf

١٢. WHO (2006). *The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months*. Geneva: WHO. http://www.who.int/medicines/publications/mrhealthkit.pdf

عينة مؤشرات العملية

- عدد عاملي الرعاية الصحية الأولية المدربين والخاضعين للإشراف، وعدد ساعات التدريب، ودورات الإشراف على أداء العمل.
- شراء أدوية الأمراض النفسية الأساسية، في كل فئة علاجية (مضادات الذهان، والشلل الرعاش، والاكتئاب، ومزيل القلق، والصرع)، وإنشاء خطوط توريد دائمة لها.
- عدد، وأنواع مشكلات الصحة النفسية المشاهدة داخل عيادات الرعاية الصحية الأولية وغيرها من مرافق تقديم خدمات الصحة النفسية.
- عدد التحويلات إلى الرعاية المتخصصة للصحة النفسية.

إقليم آتشه – أندونيسيا، ٢٠٠٥

- أدخلت إحدى المنظمات الدولية غير الحكومية خدمة رعاية الصحة النفسية الطارئة في الرعاية الصحية الأولية بعد مناقشة مع السلطات المعنية، وجهات التنسيق، والمنظمات المحلية والدولية.
- تلقى العاملون بالرعاية الصحية الأولية المحليون، الذين يعملون في عيادات ثابتة ومتحركة، تدريباً على الصحة النفسية، وسبل الإشراف عليها. وقد تم ضم ممرضة محلية مدربة وخاضعة للإشراف، إلى كل فريق للرعاية الصحية الأولية؛ لإدارة خدمة رعاية الصحة النفسية. وكانت هناك حاجة إلى تدريب لمدة ستة شهور؛ لتمكين العاملين من العمل دون إشراف. وقد استمر التدريب والإشراف لمدة عام بعد حالة الطوارئ الحادة.
- اشتركت المنظمة الغير الحكومية في التخطيط الاستراتيجي للصحة النفسية في الإقليم. وبالتالي، شملت استراتيجية الصحة النفسية فيه نموذجاً لتدريب ممرضات الصحة النفسية، للالتحاق بالرعاية الصحية الأولية.

صحيفة التدابير ٣.٦

حماية ورعاية، المصابين باضطرابات نفسية حادة، وغيرها من أنواع العجز النفسي، والعصبي، ممن يقيمون في مؤسسات الرعاية

المهمة: **الخدمات الصحية**
المرحلة: **الحد الأدنى للاستجابة**

الخلفية

يُعد الأشخاص الذين يعيشون داخل مؤسسات، من بين المستضعفين في المجتمع، وهم يتعرضون إلى خطر كبير في حالات الطوارئ، إذ تسهم الفوضى في بيئة الطوارئ في تفاقم ضعفهم العام. وقد يترك العاملون داخل المؤسسات النزلاء دون حماية، بسبب ظروف الكارثة الطبيعية، أو الصراع.

وغالباً ما يُقابل الاضطراب النفسي الحاد بالوصمة، والإجحاف، مما يتسبب في إهمال المرضى، والتخلي عنهم، وانتهاك حقوقهم. فالإقامة داخل المؤسسات تعزل المواطنين عن الحماية، والدعم الأسري المتاح، الذي قد يكون ضرورياً لاجتياز حالة الطوارئ. ويعتمد بعض من يعانون من اضطرابات نفسية حادة، ويعيشون داخل المؤسسات على الرعاية المؤسسية؛ لنقلهم إلى مكان آخر في أثناء حالة الطوارئ. وقد يؤدي الاعتماد على الرعاية المؤسسية إلى المزيد من القلق، والإثارة، أو الانسحاب التام. وقد تحد صعوبة التأقلم مع بيئة الطوارئ، التي تتسم بالتغير السريع، من آليات حماية الذات، والبقاء على قيد الحياة.

ومن ثم؛ يجب أن يقود الخبراء المحليون استجابة الطوارئ، كلما أمكن ذلك. وينبغي أن يركز التدخل على حماية، وإعادة إنشاء الرعاية الأساسية الموجودة من قبل. وتشمل الرعاية الأساسية: تعزيز الكرامة، وتوفير الملبس، والمأكل، والمأوى، والإصحاح، والرعاية البدنية، والعلاج الأساسي المناسب (بما في ذلك العلاج والدعم «النفس – اجتماعي»). ولابد من إيلاء الاهتمام الواجب إلى مستويات الرعاية الموجودة سابقاً، التي قد تقل عن المعايير الطبية، ومعايير حقوق الإنسان. وفي هذه الحالات، يجب أن يركز التدخل في حالة الطوارئ، ليس على إعادة تأسيس الرعاية الموجودة مسبقاً، بل على الالتزام بالحد الأدنى من المعايير، والممارسات العامة للرعاية النفسية. وفي معظم البلدان، بمجرد انتهاء أسوأ مراحل حالة الطوارئ؛ يشمل التدخل السليم تطوير هيئات صحية نفسية مجتمعية.

ويركز نص صحيفة التدابير – هذه – غالباً على احتياجات المصابين باضطرابات نفسية داخل مؤسسات الرعاية النفسية المرتبطة بحالة الطوارئ. ويجب مع هذا – ملاحظة أن هذه المؤسسات لا تحتجز – غالباً – من يعانون من اضطرابات نفسية حادة فقط، بل أيضاً الأشخاصً المصابين بإعاقات نفسية، وعصبية مزمنة وحادة، بخلاف من تنطبق عليهم صحيفة التدابير هذه. وبالإضافة إلى هذا، ينطبق العديد من الاحتياجات والتدابير، ويتم تناول كل هذه الحالات، من خلال صحيفة التدابير هذه، التي تسري أيضاً على الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة، أو غيرها من الإعاقات النفسية والعصبية، من نزلاء السجون، ومؤسسات الرعاية الاجتماعية، وغيرها من مؤسسات الإقامة، بما فيها المؤسسات التي يديرها المعالجون التقليديون. (انظر أيضاً صحيفة التدابير ٤.٦).

التدابير الأساسية

١. التأكد من أن وكالة واحدة على الأقل مشاركة في الرعاية الصحية، تقبل تحمل مسئولية رعاية نزلاء المؤسسات، وحمايتهم المستمرة:

- تقع المسئولية الرئيسة في هذا على عاتق الحكومة، إلا أن مجموعة التنسيق المعنية بدعم الصحة العقلية والدعم «النفس – اجتماعي» (انظر صحيفة التدابير ١.١)، ومجموعة التنسيق الصحي، والمجموعة الصحية، قد تساعد في تحديد وكالة صحية معنية، في حالة وجود ثغرة في الاستجابة.
- يجب تطوير خطط تدابير الطوارئ من أجل المؤسسات تمشياً مع التدابير الأساسية ٢، ٣، و٤ أدناه. وإذا لم يتم تطوير هذه الخطط قبل حالة الطوارئ، فإنه يجب تطويرها في أثنائها بالشكل المناسب.

٢. إذا غادر العاملون مؤسسات الرعاية النفسية، فيجب تعبئة موارد بشرية من داخل المجتمع، والنظام الصحي؛ لرعاية الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية حادة، بعد ما تخلى عنهم العاملون.

وعندما تسمح حالة المريض؛ ينبغي تقديم الرعاية خارج المؤسسة.

- مناقشة مسئوليات المجتمع من: توفير شبكة داعمة، وحمائية، مع قادة المجتمع. وينبغي تعبئة المجموعات التالية:
  - المهنيون الصحيون، وأخصائيو الصحة النفسية، إن أمكن.
  - مقدمو الرعاية الصحية، التي لا تعتمد على المعالجة الإخلافية (العلاج الإخلافي) والزعماء الدينيون، والمعالجون التقليديون، والمحليون، متى كان ذلك مناسباً. (انظر صحيفة التدابير ٤.٦).
  - الأخصائيون الاجتماعيون، وغيرهم من الآليات المرتكزة على المجتمع، والجماعات النسائية، ومنظمات المستفيدين من خدمات الصحة النفسية.
  - أفراد الأسرة.

- توفير التدريب الأساسي على موضوعات مثل: الاستخدام الإخلاقي لبروتوكولات الاحتجاز، وإدارة الأزمة (بما في ذلك الاعتداء)، والرعاية المستمرة، والأساليب البسيطة؛ لتحسين قدرة المرضى على التدبير الذاتي لشؤونهم.
- ضمان وجود إشراف مستمر عن قرب لمن جرى تعبئتهم لتقديم الرعاية الأساسية، وتأمين الوصول إلى معلومات عن كيفية الحفاظ على صحتهم الانفعالية. (انظر صحيفة التدابير ٢.٨).

٣. حماية حياة، وكرامة نزلاء مؤسسات الرعاية النفسية:

- حماية المرضى من إيذاء أنفسهم، أو إيذاء الآخرين لهم (مثل: الزوار، والعاملين، والمرضى الآخرين، ومن يقومون بأعمال السلب، والفصائل المتصارعة). كما يجب التعاطي مع قضايا العنف الجنسي، والإيذاء، والاستغلال (مثل الاتجار في البشر، والعمل القسري)، وغيرها من انتهاكات حقوق الإنسان (انظر صحيفة التدابير ١.٣ و٣.٣).
- التأكد من تلبية احتياجاتهم المادية الأساسية. وتشمل هذه الاحتياجات مياه الشرب، والإصحاح، والطعام الكافي، والمأوى، والنظافة الشخصية، والوصول إلى علاج الاضطرابات العضوية.
- متابعة الوضع الصحي العام للمرضى، وتنفيذ، أو تعزيز مراقبة حقوق الإنسان. وينبغي على هيئات المراقبة الخارجية (إن وجدت)، أو منظمات حقوق الإنسان، أو أخصائيي الحماية؛ الاضطلاع بهذه المسؤولية.
- التأكد من وجود خطط إجلاء للمرضى داخل أو خارج المنشآت، وأن العاملين مدربون على إجراءات الإجلاء. وإذا كانت المؤسسة تضم منشآت أو غرفاً مغلقة، فيجب إنشاء هيكل متدرج المستويات، يكون مسئولا عن الاحتفاظ بالمفاتيح؛ لضمان إمكاني فتح الأبواب، في أي وقت.
- في حالة الإجلاء، يجب إبقاء المرضى مع أسرهم، بقدر الإمكان، وإذا تعذر هذا، ينبغي إعلام الأسر، ومقدمي الرعاية، بالمكان الذي ينقل إليه المرضى. ولابد من الاحتفاظ بسجلات لهذا الغرض.

٤. تمكين الرعاية الصحية الأساسية، ورعاية الصحة النفسية، إبان حالة الطوارئ:

- إجراء فحوصات طبية دورية (عضوية ونفسية).
- توفير العلاج للاضطرابات العضوية.
- توفير رعاية صحية نفسية أساسية مستمرة.
  - التأكد من توافر الأدوية الأساسية – بما في ذلك الأدوية النفسية التأثير بكميات كافية على مدار حالة الطوارئ، ذلك لأن التوقف المفاجئ عن الأدوية النفسية التأثير قد يكون ضاراً وخطراً؛ على أن يتم التأكد من ترشيد وصف تلك الأدوية، عن طريق تقييم وصفات الدواء دورياً. (أسبوعياً على الأقل).
  - ضمان تخزين آمن للأدوية.
  - تيسير توافر جهات الدعم النفسي الاجتماعي.
- على الرغم من الرفض الشديد للقيود الجسدية، والعزل؛ إلا أن هذه الظروف قد تتكرر داخل العديد من المؤسسات، ومن ثم يجب تنفيذ بروتوكول ينظم القيام بجولات تفقدية، والتأكد من توفير الغذاء، والعلاج، ومتابعة الإجلاء الدوري للحالات، التي تستلزم نوعاً من الفصل.

المصادر الرئيسة

١. WHO (2003). 'Custodial hospitals in conflict situations'. Geneva: WHO. http://www.who.int/mediacentre/background/2003/back4/en/print.html

٢. WHO (2003-2006). *WHO Mental Health Policy and Services Guidance Package*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/policy/en/. (This package is relevant for comprehensive, post-emergency response. See also the module 'Organisation of Services for Mental Health'.) http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf

٣. WHO/ICRC (2005). 'Mental health in prisons: Information sheet'. Geneva: WHO/ICRC. http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf

عينة مؤشرات العملية

- مواصلة التعاطي مع احتياجات نزلاء مؤسسات الرعاية النفسية المادية الأساسية.
- مواصلة تقديم الرعاية الصحية الأولية، ورعاية الصحة النفسية لنزلاء مؤسسات الرعاية النفسية.
- رصد حقوق الإنسان الخاصة بنزلاء مؤسسات الرعاية النفسية واحترامها.
- وجود خطط إجلاء وطوارئ مناسبة.

مثال: سيراليون، ١٩٩٩

• في خضم الصراع الدائر، غادر جميع العاملين – عدا ممرضتين نفسيتين – مؤسسة الرعاية النفسية. وقد تعرضت المؤسسة لتلفيات جزئية، وكان المرضى يهيمون على وجوههم في المجتمع؛ مع عودة بعضهم ليلاً للنوم. كما استُخدم المرضى في مساعدة الدوريات عبر الخط الأمامي، وفي تهريب الطعام.

• اجتمع قادة المجتمع لمناقشة الموقف. وأُتفق على المساعدة في تحديد المرضى، بتوجيه من الممرضتين النفسيتين الباقيتين. كما رُتبت إمدادات الغذاء الدورية لكل من المجتمع، والمؤسسة.

• دعمت إحدى المنظمات الطبية الدولية غير الحكومية الفحص الطبي للمرضى، وأمنت توريد الأدوية.

• تم تشجيع أفراد أسر المرضى على دعم المرضى تحت إشراف الممرضتين النفسيتين، والعاملين الصحيين التابعين للمنظمة غير الحكومية.

• تم إجراء بعض أعمال إعادة البناء، ووُضعت خطة طوارئ؛ تحسباً لتعرض المؤسسة للهجوم.

صحيفة التدابير ٤.٦

التعرف على نظام التداوي التقليدي، والمحلي، والوطني، والتعاون معه، متى كان ذلك مناسباً

المهمة: **الخدمات الصحية**

المرحلة: **الحد الأدنى للاستجابة**

الخلفية

تميل رعاية الصحة النفسية الإخلافية (وتعني هنا: الصحة «النفس – طبية» البيولوجية التقليدية المعروفة في الغرب) إلى التركيز على المستشفيات والعيادات، والمجتمعات بشكل متزايد. ويقوم عاملون مدربون على الطب، والعلوم السلوكية، والعلاج النفسي الرسمي، والعمل الاجتماعي بتقديمها. ومع هذا، تشمل جميع المجتمعات علاجات غير أخلافية، وهي أنظمة علاج محلية، أو غير رسمية، أو تقليدية، أو طبيعية، أو تكميلية، أو بديلة للرعاية الصحية، التي قد تكون ذات أهمية كبيرة. ففي الهند – على سبيل المثال – يتم الاعتماد على نظام «ايورفيداً» – وهو نظام طبي تقليدي – شعبي ومتطور (وتتولى كليات الطب تدريب الممارسين). وفي جنوب أفريقيا، نجد أن المعالجين التقليديين معترف بهم من الناحية القانونية؛ وفي المجتمعات الغربية يستعين العديد من الأشخاص بالأدوية المكملة، بما فيها العلاجات النفسية غير الارثوذكسية، وغيرها من أنواع العلاج (مثل العلاج بالوخز بالإبر والمعالجة المثلية، والمعالجة الروحانية، وجميع أنواع العلاج الذاتي)، على الرغم من الضعف الشديد في البينات العلمية المعززة لهذه المفاهيم. وفي العديد من المجتمعات الريفية داخل المجتمعات منخفضة الدخل، قد تكون الأنظمة غير الرسمية والتقليدية هي الطريقة الرئيسة لتوفير الرعاية الصحية.

وحتى عندما تتوافر خدمات الصحة الإخلافية، قد يفضل السكان المحليون التحول إلى المساعدة المحلية والتقليدية فيما يتعلق بقضايا الصحة النفسية، والعضوية. وقد تكون هذه المساعدة أسهل، وأيسر كلفة، فضلاً عن تحاشي الوصمة، وجدواها في بعض الحالات. وهي غالباً ما تستخدم نماذج العلاقة بين السبب والمسبب، المفهومة اجتماعياً. وتشمل هذه الممارسات المعالجة على أيدي الزعماء الدينيين بالاستعانة بالصلاة أو التلاوة؛ وعلى أيدي معالجين متخصصين مصرح لهم من قبل المجتمع الديني باستخدام طرق مشابهة؛ أو معالجين متخصصين يعملون داخل الإطار الثقافي المحلي.

وقد تتضمن الطريقة الأخيرة استخدام الأعشاب، وغيرها من المواد الطبيعية، أو التدليك، أو غيره من طرق العلاج الجسدية، أو الطقوس، أو السحر، وكذا الطقوس التي تتعامل مع الأرواح. وعلى الرغم من أن بعض الزعماء الدينيين قد لا يسمحون بهذه الممارسات أو قد يحظرونها بشدة، إلا أنه غالباً ما يتمتع هؤلاء المعالجون المحليون بالشعبية، وأحياناً يحققون النجاح. وقد تختلط هذه المعتقدات، والممارسات، ببعض طقوس الديانات الرئيسة. وعلاوة على ذلك؛ قد تقدم صيدليات محلية رعاية صحية عن طريق وصف الأدوية الإخلافية، والطبيعية. وقد يقدم بعض الجماعات الدينية علاجاً روحانياً.

وينبغي ملاحظة أن بعض ممارسات العلاج التقليدي قد تكون ضارة. إذ يمكن – على سبيل المثال – أن تشمل معلومات خاطئة، أو الضرب، أو الصوم لمدة طويلة، أو البتر، أو التقييد الجسدي لمدة طويلة، أو غيرها من طقوس التطهير الاجتماعي، التي تتضمن طرد «الساحرات» من المجتمع. وبالإضافة إلى هذا، تكون بعض الطقوس مكلفة للغاية؛ وقد استغل بعض المعالجين حالات الطوارئ لتحويل السكان المستضعفين عن ديانتهم، واستغلالهم. ويتمثل التحدي الرئيس في هذه الحالات، في إيجاد سبل فعالة، وبناءة؛ للتعامل مع الممارسات الضارة بشكل واقعي، بقدر الإمكان، في خضم حالة وبيئة الطوارئ. ومن هنا يجب توخي الاهتمام بضرورة فهم مكنون ممارسات التطهير والعلاج التقليدي، ومدى جدواها أو الفائدة والضرر المحقق منها، قبل دعمها.

وعلى أية حال سواء كانت نُهج العلاج التقليدية فعالة من الناحية السريرية أم لا، فيمكن أن تقود الحوارات مع المعالجين التقليديين إلى نتائج إيجابية مثل:

- تزايد تفهم أسلوب التعبير عن الحزن الانفعالي، والمرض النفسي، والتعامل معه (انظر صحيفة التدابير ١.٢)، تكوين تصور أكثر شمولاً عن نوع الحزن الذي ينتاب السكان المتضررين، ودرجته.
- نظم الإحالة المحسنة.
- مواصلة العلاقة مع المعالجين الذي يلجأ إليهم العديد من الأشخاص التماساً للمساعدة.
- زيادة تفهم عالم المستفيدين الروحي، والسيكولوجي، والاجتماعي.
- قبول أكبر للهيئات الجديدة من قبل الناجين.
- تحديد فرص للجهود التعاونية الممكنة في مجال المعالجة، ومن ثم زيادة عدد أساليب المعالجة الفعالة المتاحة للسكان.
- إنشاء الخدمات الإخلافية، التي قد تكون أكثر ملاءمة من الناحية الثقافية.
- الفرص الممكنة لرصد أي انتهاكات لحقوق الإنسان، تقع داخل أنظمة الرعاية التقليدية.

ومن الجدير بالملاحظة أن بعض المعالجين التقليديين قد يسعون إلى خلق «مسافة» مادية ورمزية للابتعاد عن الممارسين الإخلافيين، وربما تجنبوا التعاون معهم. وفي الوقت ذاته، قد يكون العاملون الصحيون المدربون على الطب الإخلافي، غير متعاطفين، أو معادين للممارسات التقليدية، وكذا قد يجهلون مثل هذه الممارسات. وعلى الرغم من أن الإبقاء على مثل هذه المسافة في بعض المواقف قد يكون هو الخيار الأفضل، إلا أن التدابير الأساسية الموضحة في هذه الصفحة قد تساعد في توطيد جسر بناء بين مختلف نظم الرعاية.

التدابير الأساسية

١. تقييم تقديم الرعاية، وترسيم خريطة لها:

يجب تحديد أنظمة العلاج المحلي الأساسية في المنطقة، وأهميتها، ومدى قبولها، ودورها داخل المجتمع. وقد لا تُقدم المعلومات بصورة طوعية على الفور عندما يخشى السكان الرفض من الدخلاء أو يعتبرون الممارسات سرية أو لا يُسمح بالوصول إليها، إلا لمن يصرح لهم المجتمع بهذا. وينبغي على «الدخلاء» الدوليين والمعنيين توخي الحذر من إصدار أحكام، واحترام أفكار السكان، مما يؤكد على الاهتمام بفهم المعتقدات الدينية، والروحية المحلية، والرغبة في التعاون مع أسلوب العمل المحلي. ويجب ألا تستغل حالات الطوارئ على الإطلاق لتعزيز معتقدات الدخلاء الدينية، والروحية.

- سؤال ممثلي المجتمع المحلي من الجنسين عن الجهة التي يقصدونها التماساً للمساعدة عند مواجهة الصعوبات، ولمن يلجأون طلباً للمساعدة.
- سؤال مقدمي الرعاية الصحية الأولية، والقابلات، عن الأنظمة التقليدية الموجودة.
- زيارة الصيدليات المحلية لتقييم ما هو متوافر من الأدوية، وأساليب المعالجة، وكيفية وصفها.
- سؤال الأشخاص الذين يسعون للحصول على المساعدة في نقاط الخدمة الصحية عن مدى فهمهم لطبيعة مشكلاتهم، وأصلها، ومن يذهبون إليه، أو سبق لهم الذهاب إليه، طلباً للمساعدة.
- سؤال الزعماء الدينيين المحليين عما إذا كانوا يقدمون خدمات العلاج، وعمن يقدمها غيرهم داخل المجتمع.
- سؤال أي من الأشخاص السابق ذكرهم عما إذا كانوا سيقومون بعرض مقدمة على المعالجين المحليين، ويعقدون اجتماعاً معهم.
- تذكر أنه قد يوجد أكثر من نظام للرعاية غير الرسمية، وأن الممارسين في أحد الأنظمة قد لا يعترفون بالآخرين، أو يناقشونهم.
- الانتباه إلى أن المعالجين المحليين قد يتنافسون على «المرضى»، أو ينشب بينهم صراع حول التوجه المناسب. ويعني هذا أن العمليات المذكورة سابقاً قد تحتاج إلى تكرار دائم.
- التحدث مع علماء الإنسان، والاجتماع، ومن هم على دراية بالمعتقدات، والعادات المحلية، مع الإطلاع على المتاح مما كتب في هذا الشأن.
- الملاحظة. طلب تصريح لمتابعة إحدى جلسات العلاج، وزيارة الأضرحة المحلية، أو الأماكن الدينية المستخدمة للعلاج. وقد توجد أنظمة غير رسمية للرعاية المؤسسية، بما فيها تلك التي تحجز المرضى داخل أماكن الرعاية. (انظر صحيفة التدابير ٣.٦).

- زيارة أماكن العبادة التي تقوم بعقد جلسات المعالجة؛ لحضور هذه الجلسة.
- مناقشة المرضى بشأن مدى فهمهم لهذه العملية المتعلقة بالمرض، والمعالجة.
- تحديد إذا ما كانت الممارسات الشعبية تنطوي على تدابير ضارة، أو غير مقبولة.
- تبادل نتائج هذا التقييم مع مجموعة التنسيق. (انظر صحيفة التدابير ١.١ و١.٢).

٢. التعرف إلى السياسة الوطنية الخاصة بالمعالجين المحليين:

ينبغي إدراك أن:

- بعض الحكومات و/أو السلطات الطبية لا تشجع أو تمنع مقدمي الرعاية الصحية من التعاون مع المعالجين التقليديين.
- هناك بعض الحكومات الأخرى، التي تشجع التعاون، ولديها إدارات خاصة، تشارك في التدريب الرسمي للمعالجين، وكذا في البحث، وتقييم الطب الشعبي. ويمكن أن تشكل هذه الإدارات مصدراً مفيداً للمعلومات.

٣. توطيد الصلة مع المعالجين المحددين:

- زيارة المعالج، ويفضل أن يكون هذا بصحبة وسيط محل ثقة (مريض سابق، أو زعيم ديني متعاطف، أو أحد مسئولي السلطة المحلية، مثل المحافظ، أو أحد الأصدقاء).
- قم بتقديم نفسك مع شرح دورك وإبداء رغبتك في مساعدة المجتمع.
- إظهار الاحترام لدور المعالجين، والسؤال عما إذا كان يمكنهم شرح عملهم، ومدى تأثره بحالة الطوارئ (مثل: هل هناك أعداد متزايدة من المرضى أو صعوبات في تنفيذ العمل بسبب نقص المواد الضرورية، أو غياب المرافق؟). وقد يشعر بعض المعالجين بالقلق بشأن الكشف عن تفاصيل طرق عملهم، وبطبيعة الحال سيستغرق بناء الثقة بعض الوقت.
- التأكيد – إذا لزم الأمر – على الاهتمام بإقامة علاقة تعاونية، وتبادل الأفكار.

٤. تشجيع المعالجين المحليين على تبادل المعلومات ، والمشاركة في الدورات التدريبية :

- دعوة المعالجين لاجتماعات المعلومات، والدورات التدريبية داخل المجتمع.
- دراسة إعطاء المعالجين دوراً في التدريب، على سبيل المثال: عن طريق شرح فهمهم لكيفية حدوث المرض، أو تعريفاتهم للمرض. وفي الحالات التي يتعذر فيها ذلك، نظراً لعدم توافقه مع توجه المنظمات المحلية أو الدولية المشاركة في الاستجابة لحالة الطوارئ، ينبغي فهم نموذجهم بهدف تقديم رعاية جيدة للمرضى حيث إن ذلك قد يعزز فهم المرضى لمشكلاتهم.
- محاولة إيجاد نقاط اتفاق مشترك، ومناقشة فرص الإحالة المتبادلة. (انظر ما يلي).
- نرجو مراعاة أن العديد من المعالجين التقليديين في العديد من البلدان قد لا يعرفون القراءة والكتابة.

٥. إنشاء خدمات تعاونية، إن أمكن:

يكون التعاون الفعال (في مقابل تبادل المعلومات ببساطة كما هو موضح أعلاه) مفيداً.

- إذا أدت الأنظمة التقليدية دوراً مهماً لمصلحة غالبية السكان.
- إذا لم تكن الأنظمة ضارة.
- إذا ما كانت هناك حاجة إلى حوار بناء، من أجل التعليم والتغيير، في حالة الممارسات الضارة.
- يمكن لأشكال التعاون المفيدة أن تشمل:
  - الدعوة إلى المشاورات.
  - الإحالة المتبادلة (في حالة المشكلات كالضغط، والقلق، وموت الأب والأم والابن، وردود الفعل لاعتناق دين جديد، والحزن المستمر، التي يمكن علاجها بشكل أفضل، على أيدي المعالجين التقليديين، في حين يُحبذ المعالجون الإخلافيون في علاج الاضطرابات النفسية الحادة والصرع).
  - تقييمات مشتركة.
- عيادات مشتركة.
- المشاركة في الرعاية: يمكن على سبيل المثال إعداد المعالجين ليتعلموا كيفية متابعة المرضى النفسانيين في حالة العلاج على المدى الطويل، وتوفير أماكن إقامة المرضى، في أثناء تلقيهم العلاج التقليدي. ويمكن إدخال طرق الاسترخاء التقليدية، والتدليك في الممارسة الإخلافية.

المصادر الرئيسة

١. Center for World Indigenous Studies. www.cwis.org

٢. International Psychiatry, Vol 8, 2005, pp.2-9. Thematic papers on traditional medicines in psychiatry. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ip8.pdf

٣. Save the Children (2006). *The Invention of Child Witches in the Democratic Republic of Congo: Social Cleansing, Religious Commerce And The Difficulties Of Being A Parent In An Urban Culture*. http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/3894_DRCWitches1.pdf

٤. WHO/UNHCR (1996). 'Traditional medicine and traditional healers', pp.89-99, *Mental Health of Refugees*. Geneva: WHO/UNHCR. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf

٥. WHO (2003). *Traditional Medicine: Fact Sheet*. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/

٦. WHO (2006). *Traditional Medicine*. http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html

عينة مؤشرات العملية

- أُجري تقييم لأنظمة المعالجة المحلية، وجرت مشاركتها مع جهات تنسيق المساعدات المعنية.
- أُعطي المعالجون غير الإخلافيين دوراً في الدورات التدريبية حول الصحة النفسية. (في البيئة المحلية كلما كان ذلك مناسباً).
- عدد المعالجين الذين يحضرون الدورات التدريبية.

شرقي تشاد ٢٠٠٥–٢٠٠٦

- عملت إحدى المنظمات الدولية غير الحكومية – التي تقدم رعاية الصحة النفسية بالتعاون مع هيئات الرعاية الصحية الأولية – مع المعالجين التقليديين من سكان مخيم اللاجئين في دارفور.
- التقى العاملون في هذه المنظمة المعالجين لإجراء مناقشات، تحقق فيها المعالجون من مصداقية المنظمة. وقام المعالجون (أ) بشرح الصعوبات التي تواجههم في العمل؛ لعدم توافر كتب الصلاة والأعشاب. و(ب) تحديد أماكن المقيدين، من المصابين بأمراض نفسية حادة. و(ج) وصف تصنيفهم، وتدخلاتهم مع من يعانون من مشكلات انفعالية، وأمراض نفسية. و(د) توضيح أن معظم اللاجئين سعوا للحصول على رعاية صحية تقليدية، وإخلافية في آن واحد.
- نُظمت ندوات تدريبية جرى فيها تبادل المعارف، والمهارات. وعلى مدار ستة أشهر، التقى المعالجون بانتظام للنقاش، الذي تضمن تبادل الفهم، حول ختان الإناث، والنواحي الطبية المتعلقة بالصوم، والتغذية، والرضاعة الطبيعية، والضغط الانفعالي، والإصابة، وردود الفعل ما بعد الإصابة، والاضطرابات النفسية الحادة، وعدم القدرة على التعلم، والصرع.

صحيفة التدابير ٥.٦

تقليص الأضرار الناجمة عن تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان الأخرى

المهمة: الخدمات الصحية

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

لا مراء في أن الصراع، والكوارث الطبيعية، قد يسفران عن تعريض السكان لمشكلات وخيمة، تتعلق بتعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان. وتنطوي هذه المشكلة على قضايا أخرى تتعلق بالحماية، والمشكلات النفسية الاجتماعية، والصحة النفسية، وغيرها من المشكلات الطبية، والاجتماعية، والاقتصادية.

- يتفشى تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان، بين السكان المتضررين، من جراء حالة الطوارئ، كمحاولة للتكيف مع الضغط. وقد يؤدي هذا الأمر إلى الاستخدام الضار، والاعتماد عليها.
- تواجه المجتمعات صعوبات في التعافي من آثار الكوارث عندما:
  - يحول تعاطي المسكرات، والمواد المخدرة الأخرى، دون تعامل الأفراد، والمجتمعات مع المشكلات.
  - إنفاق الموارد المحدودة لدى الأسر، والمجتمعات على تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان.
  - ارتباط تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان، بالعنف، والاستغلال، وإهمال الأطفال، والتهديدات الأخرى للحماية.
- يرتبط تعاطي المسكرات، والمواد المخدرة الأخرى بالسلوكيات الصحية المحفوفة بالمخاطر مثل الجنس غير الآمن تحت تأثير المُسكر، مما يزيد من احتمال نقل فيروس الإيدز، وغيره من العدوى المنقولة جنسياً. كما يُعد تبادل أدوات الحقن وسيلة فعالة في نقل فيروس الإيدز، وغيره من الفيروسات التي ينقلها الدم.
- قد تعطل حالات الطوارئ إمدادات مواد الإدمان، وأية معالجات أخرى لمشكلات تعاطي المسكرات، مما يتسبب في انقطاع مفاجئ عن تعاطي هذه المواد بين الأشخاص الذين يعتمدون عليها. وقد يمثل هذا الانقطاع المفاجئ، لاسيما بالنسبة لتعاطي المسكرات؛ تهديداً للحياة في بعض الحالات. وعلاوة على هذا، يمكن لعدم الوصول إلى الأدوية المتاحة – عادة – أن يشجع الانتقال إلى تعاطي أدوية الحقن، كطريقة تناول أكثر فاعلية، مما قد يسفر عن زيادة الاستخدام غير الآمن للأدوية عن طريق الحقن.

ويتزايد الاعتراف بالضرر المرتبط بتعاطي المسكرات، ومواد الإدمان الأخرى، كإحدى قضايا حماية الصحة العامة المهمة، التي تتطلب استجابة متعددة القطاعات، في بيئات الطوارئ.

التدابير الأساسية

١. إجراء تقييم سريع:

- يجب تنسيق جهود التقييم. كما ينبغي إجراء مراجعة للمعلومات المتاحة عن تعاطي المسكرات، ومواد الإدمان الأخرى، وتحديد وكالة، أو وكالات مسئولة؛ لتصميم، وإجراء المزيد من التقييمات السريعة، والتشاركية، حسبما تقتضي الحاجة. (انظر صحيفة التدابير ١.١ و١.٢).
- كجزء من التقييمات الإضافية، يجب تحديد المواد شائعة الاستخدام، والأضرار المتعلقة بتعاطيها، والعناصر التي تزيد تلك الأضرار، أو تحد منها، وتأثير التوقف بسبب حالة الطوارئ، على الإمداد، والمعدات، والتدخلات. (انظر الجدول).
- إعادة تقييم الموقف على فترات منتظمة. وقد تتغير المشكلات المرتبطة بتعاطي المسكرات، والمواد المخدرة الأخرى مع الوقت، إذ تحدث تغيرات في مدى توافر المواد، ومصادر التمويل.
- مشاركة نتائج التقييمات مع جماعات التنسيق ذات الصلة.

٢. منع تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان، والاعتماد عليها:

- بعد تعرف جميع بيانات التقييم (انظر أيضاً صحيفة التدابير ١.٢)، يجب المطالبة بتطبيق الاستجابة متعددة القطاعات الموضحة في المصفوفة (الفصل ٢) للتعامل مع عوامل الضغط الضمنية ذات الصلة بالنسبة للاستخدام الضار لهذه المواد، والاعتماد عليها.
- المطالبة أو تيسير إعادة إنشاء الأنشطة التعليمية والترفيهية، وتوفير فرص مدرة للدخل غير مرتبطة بالمسكرات، في أسرع وقت ممكن. (انظر صحيفة التدابير ١.١ و٢.٥ و١.٧).
- إشراك كل من الرجال والنساء من داخل المجتمع، في منع مشكلة تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان، والتصدي لها (انظر صحيفة التدابير ١.٥ و٢.٥)، وكذا أعضاء أية جماعات تشجع المساعدة الذاتية، أو جمعيات المتعاطين السابقين.
- تدريب العاملين الصحيين، والمعلمين، والعاملين المجتمعين، وغيرهم، والإشراف عليهم في ما يتعلق بـ:
  - التعرف المبكر، والتدخلات السريعة؛ لتحديد، وتحفيز الأشخاص، الذي يواجهون التعاطي الضار – الذي يؤدي إلى الاعتماد على هذه المواد – على تقليل تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان. (انظر المصادر الرئيسة أدناه).
  - تقديم توجهات غير طبية للتعامل مع الكرب الحاد (الإسعافات النفسية الاجتماعية الأولية: انظر صحيفة التدابير ١.٦).

• تدريب العاملين الصحيين، والإشراف عليهم، على ما يلي:
  • ترشيد وصف أدوية بنزوديازيبن، والاستعانة ببدائل علاجية، لا تسبب الإدمان (متى توافرت، وأمكن شراؤها).
  • التنبؤ بالتعاطي الخطير والضار؛ الذي يسبب الاعتماد على المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان.
  • تحديد المصابين باضطرابات نفسية حادة – الذين يواجهون خطراً متزايداً نتيجة تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان – وعلاجهم، وإحالتهم (إلى الجهات المختصة). (انظر صحيفة التدابير ٢.٦).
• مناقشة تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان، في أثناء تدريب العاملين الصحيين على إدارة الضغوط (انظر صحيفة التدابير ٤.٤ والمصادر الرئيسة أدناه للتوجيه بشأن استراتيجيات المساعدة الذاتية).
• تدريب، والإشراف على، الأخصائيين الاجتماعيين؛ لتحديد، واستهداف الجماعات المعرضة للخطر؛ لتقديم دعم إضافي (مثل الناجين من العنف، وأسر المتعاطين المعتمدين على هذه المواد)، مع تجنب إنشاء خدمات موازية. (انظر صحيفة التدابير ٣.٤ و٢.٥).

٣. تيسير تدخلات لتقليص الأضرار في المجتمع:

• ضمان إتاحة الحصول على معلومات، عن استخدام الواقي الذكري، في مناطق تجمع الأشخاص المتورطين في تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان (مثل منافذ بيع المسكرات)، بأسلوب يراعي الثقافة السائدة (انظر الدلائل الإرشادية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، حول التدخلات الخاصة بمقاومة مرض الإيدز، والعدوى بفيروسه في بيئات الطوارئ).
• مطالبة السلطات المسئولة، والمجموعات المجتمعية، بنقل منافذ بيع المسكرات إلى أماكن أخرى؛ لتقليل تعطيل المجتمع.
• توفير معلومات عن تقليل الخطورة للمجموعات المستهدفة (مثل: ما يتعلق بتعاطي أدوية الحقن، أو تعاطي المسكرات، أو الممارسات الجنسية غير المأمونة).
• ضمان الوصول إلى أدوات الحقن الآمنة لتعاطي الأدوية حقناً، وسبل التخلص منها، إذ أشار التقييم إلى خطورة هذه المسألة.
• تنظيم دورات لتوعية قادة المجتمع – ذكوراً وإناثاً – بتعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان، والحد من ضررها – حسبما يكون ذلك مناسباً. فعلى سبيل المثال؛ تضمنت التدخلات الحد من أضرار تعاطي المسكرات بشراهة في بعض البيئات، وتعليم طرق التقطير الآمنة لإنتاج المسكرات محلياً، وتقييد ساعات البيع، وطلب الدفع عن تقديم الخدمة، والاتفاق على عدم حمل أسلحة داخل أماكن بيع المسكرات، وتعاطيها.

٤. سبل إدارة السحب، وغيرها من المشكلات الحادة:

• إعداد بروتوكولات للعيادات، والمستشفيات، حول سبل سحب مواد الإدمان، والجرعات الزائدة، وغيرها من المظاهر العامة، كما هي موضحة في التقييم.
• تدريب، والإشراف على العاملين الصحيين المعنيين بإدارة، وإحالة حالات السحب، وغيره من المظاهر الحادة، مع تقديم العلاج الكافي، بما فيه أدوية بنزديازيبن لسحب المسكرات. وينبغي أن تقوم الوكالات المجتمعية بتدريب العاملين المجتمعين على تحديد حالات الاستعلان الحادة، ومعالجتها، وإحالتها إذا لزم الأمر. (كما يحدث في حالة سحب المسكر).
• في المناطق التي ينتشر فيها الاعتماد على الأفيون، يمكن إيجاد علاج بديل منخفض التأثير (مثل استخدام الميثادون أو بيرينورفين).
• إعادة تأسيس علاج بديل، كان يوجد مسبقاً، في أسرع وقت ممكن.

الجدول: التقييم

للتوجيه الخاص بمنهج التقييم، انظر صحيفة التدابير ١.٢ والمصادر الرئيسة الواردة أدناه. وتشمل البيانات ذات الصلة ما يلي:

أ. العناصر المرتبطة بالسياق، وتوافر المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان:

• الأعراف الثقافية السابقة على حالة الطوارئ، فيما يتعلق بتعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان، والطريقة التي تعامل بها المجتمع معها (بالنسبة للسكان النازحين والمضيفين، رجالاً ونساء).
• أية بيانات أساسية متوافرة عن تعاطي المسكرات، والمواد المخدرة الأخرى، وغيرها من المشكلات السيكولوجية، والاجتماعية، والطبية، بما في ذلك انتشار فيروس الإيدز.
• الأطراف التنظيمية، والتشريعية ذات الصلة.

ب. الأنماط، والاتجاهات الحالية المرتبطة بتعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان:

- مدى توافر، والتكلفة التقريبية لمعظم المواد (النفسانية المفعول)، وغيرها من المعلومات المتسلسلة الخاصة بالإمدادات، بما فيها تلك الخاصة بتعطيل الإمدادات، كنتيجة لحالة الطوارئ.
- المواد المستخدمة، وطريقة وصفها، (بما في ذلك أنماط التعاطي المتغيرة، مثل: الانتقال من التدخين إلى الحقن، وإدخال مواد جديدة)، بواسطة مجموعات فرعية، وتقسيمها بحسب الجنس، والوظيفة. (مزارع، أو مقاتل سابق، أو بغايا)، والعرق، والديانة.

ج. مشكلات متعلقة بتعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان:

- المشكلات السيكولوجية، والمتعلقة بالصحة النفسية، (مثل: العنف المرتكز على الجندر، وغيره من أنواع العنف سواء: انتحار، أو إيذاء الأطفال، أو إهمالهم، أو الاضطرابات النفسية والسلوكية، الناتجة عن تعاطي المسكرات (أو التي تزيد بسببها)، أو التمييز، أو انتشار الجريمة.
- السلوكيات المحفوفة بالمخاطر. (مثل: السلوك الجنسي، وممارسات الحقن غير الآمنة).
- المشكلات الطبية (مثل: نقل فيروس الإيدز، وغيره من الفيروسات التي يحملها الدم، وحوادث الجرعات الزائدة، وأعراض الامتناع عن التعاطي، خاصة الامتناع عن تعاطي المسكرات، الذي قد يهدد الحياة.
- المشكلات النفسية الاجتماعية (مثل: بيع الأسر مواد غذائية أوغير غذائية أساسية، وتهريب المخدرات، والمسكرات، وتجارة الجنس المرتبطة بالمخدرات).

د. المصادر الحالية (انظر أيضاً صحيفة التدابير ١.٢):

- الخدمات الصحية، والنفسية الاجتماعية، والمجتمعية (بما فيها هيئات خدمات تعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان، وجهود الحد من أضرارها، ومجموعات، أو جمعيات المساعدة الذاتية، من أو جمعيات المتعاطين السابقين، إن وجدت). وتوثيق تعطيل الخدمات من جراء حالة الطوارئ.
- الخدمات الأساسية، بما فيها الغذاء، والماء، والمأوى.
- المؤسسات الثقافية، والمجتمعية العاملة.
- مناطق آمنة لمن يتعرضون لخطر العنف المرتبط بتعاطي المسكرات، والمواد المخدرة الأخرى. (إن وجدت).
- رعاية أسرية، ومجتمعية؛ لمن يعتمدون على المواد المخدرة. (إن وجدت).
- فرص تعليمية، وترفيهية، وتوظيفية. (إن وجدت).

المصادر الرئيسة

١. Costigan G., Crofts N. and Reid G. (2003). *The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia*. Melbourne: Centre for Harm Reduction. http://www.rararchives.org/harm_red_man.pdf

٢. Inter-Agency Standing Committee (2003). *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. 7.3 Provide condoms and establish condom supply, 7.5. Ensure IDU appropriate care, pp.68-70, pp.76-79. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf

٣. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists. http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx

٤. WHO/UNHCR (1996). 'Alcohol and other drug problems'. In *Mental Health of Refugees*, pp.101-109. Geneva: WHO/UNHCR. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf

٥. WHO (1998). *Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (IDU-RAR)*. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf

٦. WHO (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf

٧. WHO (2001). *What Do People Think They Know of Substance Dependence: Myths and Facts*. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/about/en/dependence_myths&facts.pdf

٨. WHO (2002). *SEX-RAR Guide: The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour*. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/docs/sex_rar.pdf

٩. WHO (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf

١٠. WHO (2003). *The Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf

١١. WHO (2003). *Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf

عينة مؤشرات العملية

- تم إجراء تقييم للأضرار المتعلقة بتعاطي المسكرات، والمواد المخدرة الأخرى مؤخراً.
- توافر الواقي الذكري – باستمرار – في المناطق التي يتجمع فيها متعاطو المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان.
- نسبة العاملين الصحيين المدربين للقيام بتدخلات قصيرة الأمد خاصة بتعاطي المسكرات، وغيرها من مواد الإدمان.

بام – إيران ٢٠٠٣-٢٠٠٤

- ضرب الزلزال منطقة ينتشر فيها تعاطي الأفيون. وبطريقة غير رسمية اتصلت الحكومة على الفور بكل المستشفيات الحكومية، وقامت بالتوصية بتلقي الناجين من المدمنين الذين تم إجلاؤهم، علاجاً بديلاً إذا ما وُصف ذلك إكلينيكياً.
- بعد مرور عشرة أيام، أجرى الباحثون الإيرانيون تقييماً لتعاطي مواد الإدمان، بناءً على طلب وزارة الصحة.
- أثبت التقييم أن الزلزال أدى إلى توقف حصول عدد كبير من متعاطي الأفيون على جرعات المخدر، مما أدى إلى توقفهم عن التعاطي، والسحب التدريجي له.
- تم توفير بروتوكولات العلاج القياسية في المرافق الصحية، من أجل تخفيف وطأة الألم الناجم عن الاعتماد على الأفيون، وكذلك التعامل إكلينيكياً مع أعراض السحب، والجرعات المنخفضة للعلاج البديل.

صحيفة التدابير ٧.١

تعزيز الحصول على تعليم: داعم، وآمن

المهمة: التعليم
المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

في حالات الطوارئ: يُعد التعليم أحد أساليب التدخل «النفس – اجتماعي»، إذ يوفر بيئة آمنة، ومستقرة، بالنسبة للمتعلمين، كما يدعم شعور الفرد بأنه شخص سوي، ويحافظ على كرامته، وأمله، عن طريق تقديم أنشطة داعمة مناسبة، ومنظمة. ويعتبر العديد من الأبناء، والآباء المشاركة في العملية التعليمية أساساً لطفولة ناجحة. كما تساعد العملية التعليمية، المصممة بشكل جيد السكان المضارين على التكيف مع وضعهم عن طريق نشر رسائل رئيسة خاصة بالنجاة، بما يمكن الأفراد من التعرف إلى أساليب الحماية الذاتية، ودعم استراتيجيات السكان المحليين؛ لمواجهة ظروف الطوارئ. ومن الأهمية بمكان (إعادة) بدء أنشطة تعليمية: غير رسمية، ورسمية، وجعل أمن، وسلامة الأطفال من الأولويات، على الفور، بمن فيهم الأشخاص المعرضون لخطر وخيم (انظر الديباجة)، أو من لديهم احتياجات تعليمية خاصة.

وفي الغالب: يُعد الحرمان من التعليم، من بين أهم عوامل التوتر، بالنسبة للمتعلمين وأسرهم، إذ يرون التعليم أحد الطرق المؤدية إلى مستقبل أفضل. ويمكن للتعليم أن يكون وسيلة أساسية تساعد المجتمعات على إعادة بناء حياتها. وتدعم فرص التعليم الرسمي، وغير الرسمي، في البيئات المساعدة؛ كفاءات المتعلمين العقلية والانفعالية، كما توفر دعماً اجتماعياً، من خلال التفاعل مع الأقران والمعلمين، كما يدعم قدرة المتعلمين على التحكم، وتقدير الذات. كما أنه يدعم المهارات الحياتية، واستراتيجيات التكيف، ويسهل فرص التوظف المستقبلية، ويقلل من الضغوط الاقتصادية. ويجب أن تهدف الاستجابات التعليمية كافة؛ في حالة الطوارئ؛ إلى المساعدة في تحقيق الحد الأدنى من المعايير الدولية (INEE)، للتعليم في حالات الطوارئ، والأزمات المزمنة، وإعادة البناء المبكر.

ويضطلع المتخصصون بالعملية التعليمية (مدرسو الفصول الرسمية، وغير الرسمية، ومنسقو الأنشطة التعليمية) – بدور مهم في دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» للمتعلمين. وفي الغالب الأعم يستميت المختصون بالعملية التعليمية في التصدي للتحديات التي يواجهونها – هم، والمتعلمون – بما في ذلك صحتهم العقلية، ومشكلاتهم «النفس – اجتماعية»، الناجمة عن الطوارئ. ويساعد التدريب، والإشراف، والدعم الخاص بالمختصين بالعملية التعليمية، على فهم أدوارهم الخاصة بدعم سلامة المتعلمين بوضوح، كما يساعدهم على حماية، وتعزيز نماء الأطفال، والشباب، والبالغين من المتعلمين، خلال فترة الطوارئ.

التدابير الأساسية

١. اعمل على تعزيز بيئات التعلم الآمنة:

يؤدي التعليم دوراً مهماً في الحماية، من خلال توفير منتدى، لنشر الرسائل، والمهارات الخاصة بالحماية، في بيئة خالية من العنف.

وتشمل الخطوات الفورية ما يلي:

- تقييم الاحتياجات والقدرات الخاصة بالتعلم الرسمي وغير الرسمي، وأخذ قضايا الحماية في الاعتبار، وكذلك كيفية دمج ودعم المبادرات المحلية. ويجب أن يكون التعليم الرسمي، وغير الرسمي؛ متكاملين، ومتزامنين، بقدر الإمكان.
- تعظيم مشاركة الجماعات المتضررة، بمن فيهم الآباء، والسلطات التعليمية المناسبة (مثل مسئولي وزارة التعليم إن أمكن) في تقييم، وتخطيط، وتطبيق الإشراف على البرنامج التعليمي، وتقييمه.
- تقييم قضايا السلامة في الموقع، وتصميم الساحات، والمباني التعليمية، أو المدارس.
  - جعل مواقع المدارس بعيدة عن المناطق، والإنشاءات العسكرية.
  - الحرص على قرب المدارس من المراكز السكانية.
  - توفير مراحيض خاصة للرجال والنساء في أماكن مأمونة.
- متابعة شروط السلامة داخل وحول أماكن التعلم/مدارس (مثلاً عن طريق تحديد ضباط اتصال في المدارس)، والاستجابة للتهديدات التي يواجهها المتعلمون، نتيجة النزعات المسلحة.
- جعل أماكن التعليم/مدارس مناطق سلام.
  - التنسيق مع الجماعات المسلحة؛ لتجنب استهداف، وتجنيد الأفراد، في أماكن التعلم.
  - حظر الأسلحة في أماكن التعلم، والمدارس.
  - توفير الحراسة للأطفال، أثناء تنقلهم من، وإلى أماكن التعلم.
- تحديد العوامل الرئيسة المهددة للحماية خارج نطاق المنظومة التعليمية. (مثل النزاعات المسلحة)، وتلك المندرجة فيه. (مثل البلطجة، والعقاب العنيف).
  - تحديد العوامل الرئيسة المهددة للحماية داخل نطاق المنظومة التعليمية مثل العنف المبني على النوع الاجتماعي، وتجنيد الأطفال، أو العنف في بيئات التعليم.
  - دمج رسائل عن كيفية منع، والاستجابة إلى مشكلات الحماية، وغيرها. (مثل الأطفال المعزولين عن ذويهم، وإجراءات الحماية المجتمعية – انظر صحيفة التدابير ٢.٣)، في العملية التعليمية.
  - إعداد جهود مراقبة التعليم/الحماية الخاصة بالأطفال، كل على حدة، للتعرف إلى، ودعم المتعلمين، والمواجهين للخطر، أو المواجهين لتهديدات للحماية.
  - استخدام الضوابط الإرشادية لـ«اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات» الخاصة بالتدخل في العنف المبني على الجنس في الأوضاع الإنسانية؛ لمنع تسرب هذا النوع من العنف إلى المدارس، وأماكن التعليم.
- تنظيم العملية التعليمية غير الرسمية سريعاً مثل إعداد البيئات الصديقة للأطفال، والشباب (مراكز الرسوم المتحركة)، أو الجماعات التعليمية غير الرسمية المجتمعية. وقد يسهم أفراد المجتمع، وعمال الإغاثة الإنسانية، والمتخصصون التعليميون في تنظيم هذه الأشياء دون توافر بنية أساسية كالمراكز المتخصصة في أثناء (إعادة) بناء، أو إعادة تنشيط المنظومة التعليمية الرسمية. ويجب على موظفي الأماكن الصديقة للأطفال أن يتمتعوا بمهارات شخصية قوية، والقدرة على استغلال منهجيات التعلم الفعالة، والخبرة في مجال العمل، من خلال برامج تعليمية أو مجتمعية غير رسمية. ولا يُشترط وجود خلفية في العملية التعليمية الرسمية في هذه الأوضاع.

٢. اجعل العملية التعليمية الرسمية، وغير الرسمية، داعمة، ومناسبة، بصورة أكبر:

يُعد التعليم الداعم، والملائم، **أمرا مهماً** لدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، للمتعلمين خلال الطوارئ، بينما يدعم بشكل فوري التعلم الفعال.

وتشمل الخطوات الفورية:

- جعل العملية التعليمية مرنة، ومستجيبة للاحتياجات الانفعالية، والمعرفية، والاجتماعية، والناتجة عن حالات الطوارئ، وقدرات المتعلمين. فعلى سبيل المثال؛ يمكن اقتراح القيام بأنشطة وجيزة إذا ما واجه المتعلمون صعوبة في التركيز، وكذلك إعداد جداول زمنية مرنة؛ لتجنب آثار التوتر غير المرغوب فيه، على المتعلمين، والمختصين بالتعليم، وأسرهم، عن طريق التدريس في أوقات متغيرة. ويمكن أيضاً مراجعة جداول الامتحانات لمنح المتعلمين وقتاً أطول للاستعداد لها.
- السعي إلى توفير نمط تعليمي، يهدف إلى بث الشعور بالنظام، وإمكان استشراف المستقبل، وتعزيز شعور الأطفال بالعودة إلى الأوضاع الطبيعية، ويخلق فرصاً للتعبير، والاختيار، والتفاعل الاجتماعي، والدعم، ويدعم كفاءات الأطفال، ومهارتهم الحياتية. فمثلاً يمكن وضع جداول زمنية للأنشطة، والعمل على جعلها واضحة، في المرافق التعليمية. ويُراعى تجنب معاقبة المتعلمين المتعثرين بسبب مشكلات الصحة العقلية، والمشكلات «النفس – اجتماعية»، واستخدام الألعاب التعاونية أكثر من التنافسية،

وزيادة استخدام مناهج التعليم التعبيري الفعال، واستخدام أنشطة ملائمة ثقافياً، كالألعاب، والأغاني، والرقص، والدراما، التي تستخدم الموارد المحلية المتاحة.

- توفير التدريب على المهارات الحياتية، وتوفير معلومات عن حالة الطوارئ. ويتضمن محتوى التعلم والمهارات الحياتية الملائمة خاصة في حالات الطوارئ كيفية دعم النظافة، وحل النزاعات بدون عنف، والمهارات الشخصية، ومنع العنف المرتكز على النوع الاجتماعي، والحد من الأمراض المنقولة جنسياً (مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)، والتوعية بالألغام، والمتفجرات، والمعلومات الخاصة بالوضع الراهن (كالزلزال، والنزاعات المسلحة... إلخ)، ويجب إطلاع الأفراد على المحتوى، والتسهيلات الخاصة بالتدريب على المهارات الحياتية، عبر تقييم المخاطر، وترتيب الأولويات الخاصة بالاحتياجات.
- الاعتماد على الوسائل التشاركية التي تشرك ممثلي المجتمع والمتعلمين في أنشطة التعلم. وتُعد مشاركة المراهقين والشباب في الأنشطة الخاصة بالأطفال الأصغر سناً ذات قيمة خاصة. كما يجب الاهتمام بالمنهجيات الخاصة بالتعلم المتبادل بين الأقران.
- استخدام التعليم كآلية لتحريك المجتمع، واستنهاضه (انظر صحيفة التدابير ١.٥) وإشراك الوالدين والمجتمع في (إعادة) إنشاء المرافق التعليمية (قد تكون مبان مؤقتة و/أو دائمة)، ويراعى أيضاً تنظيم لقاءات مجتمعية أسبوعية مع ممثلي الأطفال والشباب والمجتمع؛ لتذليل القيام بأنشطة ملائمة للسياق المحلي، والانتفاع من المعارف الوطنية والمهارات.
- ضمان أن أي جهود تبذل لتنسيق العملية التعليمية أو أي مجموعة عمل تأخذ في الاعتبار الصحة العقلية والاعتبارات «النفس – اجتماعية». وكذلك يجب تعيين ضابط اتصال للربط بين المجموعة الخاصة بالصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» (انظر صفحة التدابير ١.١)، وآلية التنسيق التعليمي.
- إتاحة الفرص من خلال الأماكن الصالحة للأطفال والشباب؛ لكي يتعلموا مهارات حياتية، ويشاركوا – مثلاً – في التعليم التكميلي، والتدريب المتخصص، والأنشطة الفنية، والثقافية، والبيئية، والرياضية.
- دعم التعلم غير الرسمي مثل: تعليم الكبار، ومحو الأمية، والتدريب المتخصص، لإكساب المتعلمين المهارات الملائمة للبيئة الاقتصادية الحالية، والمستقبلية، والمرتبطة بفرص التوظيف. وبالنسبة للأطفال تحت سن ١٥ عاماً يجب أن يخدم التعليم غير الرسمي التعليم الرسمي، ويكمله دون أن يكون بديلاً له.

- استخدام الطعام في برامج التعليم لدعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» إذا ما كان هذا مناسباً. ويمكن أن يكون توفير الغذاء (في مكان التعلم، أو أخذ حصص تغذية إلى المنزل) استراتيجية فعالة في البيئة التعليمية؛ لزيادة نسبة الحضور، واستعادة المعلومة، الأمر الذي يسهم – في حد ذاته – في دعم الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية» (انظر صحيفة التدابير ١.٩). وعلاوة على ذلك يمكن للتغذية في مجال التعليم أن تفيد بصورة مباشرة السلامة «النفس – اجتماعية» عن طريق زيادة التركيز، وتقليل التمييز الاجتماعي بين «الأغنياء» و«الفقراء»... إلخ. ويجب أن يتم توفير الغذاء أو برامج التغذية في البيئات التعليمية فقط إذا ما تم ذلك بكفاءة ودون إلحاق ضرر بالوضع الغذائي للمتعلمين، ودون التقليل من شأن التقاليد الاجتماعية بشكل كبير (مثل دور الأسرة في توفير تغذية مناسبة للأطفال).

٣. دعم فرص التعليم للجميع:

تشمل الخطوات الفورية ما يلي:

- الزيادة المطردة لفرص التعليم الرسمي، وغير الرسمي؛ مما قد يتطلب منهجيات إبداعية، ومرنة، كافتتاح المدارس على مراحل، أو استخدام نظام الفترتين، أو استخدام أماكن بديلة.
- التيسير المؤقت لمتطلبات استخراج أوراق الالتحاق بالمدارس، فضلاً عن المرونة في عملية الالتحاق. وقد لا يكون للسكان المضارين من حالات الطوارئ شهادات تثبت أنهم مواطنون في هذه الدولة، أو شهادات ميلاد، أو أوراق هويات، أو شهادات دراسية. فلا يجب التشديد على حدود السن بالنسبة للأطفال والشباب المضارين من حالات الطوارئ.
- دعم الاحتياجات المحددة لمتعلمين محددين. فمثلاً: يُراعى توفير خدمات رعاية للأطفال بالنسبة للأمهات في سن المراهقة والإخوة المسئولين عن أطفال أصغر سناً، ويُراعى توفير مستلزمات المدارس للمحتاجين.
- جعل أماكن التعليم متاحة، ومناسبة لمجموعات الأطفال المختلفة، خاصة المهمشين منهم (مثل ذوي الاحتياجات الخاصة، والمحرومين اقتصادياً، أو الأقليات العرقية). ويجب أيضاً إعداد أنشطة متفرقة للمراهقين والشباب، الذين يلقون اهتماماً كافياً في الغالب.
- إذا كانت الظروف مناسبة يمكن توفير دورات مكثفة، وتعليم سريع للأطفال كبار السن؛ ليتمكنوا من اللحاق بنظرائهم (مثل الأطفال الذين تم إلحاقهم بالقوات أو الجماعات المسلحة) لتعويض فرصتهم المهدرة.

• إذا ما تسنى ذلك يمكن القيام بحملات لإعادة الأطفال إلى المدارس بحيث تدعم السلطات التعليمية والجماعات المسئولة عن الأعمال الإنسانية في المجتمع فرص حصول كل الأطفال والشباب على التعليم.

٤. إعداد، وتشجيع المختصين بالتعليم؛ لدعم سلامة المتعلمين «النفس – اجتماعية»:

يمكن لهؤلاء المختصين توفير الدعم «النفس – اجتماعي» للمتعلمين عن طريق تعديل طريقة تفاعلهم مع المتعلمين؛ مما يخلق بيئة إبداعية، وداعمة يمكن للمتعلمين فيها التعبير عن انفعالاتهم، وخبراتهم، وكذلك عن طريق ادخال أنشطة «نفس – اجتماعية» محددة، ضمن عملية التعليم، والتعلم. ومع هذا لا يجب أن يقوم المختصون بالتعليم، بمحاولة القيام بعلاج يتطلب مهارات متخصصة. ويُعد توفير دعم السلامة «النفس – اجتماعية» للمختصين بالتعليم مكوناً أساسياً، في عملية دعم المتعلمين. الخطوات الفورية:

- تعديل طرق التفاعل مع الطلبة، عن طريق:
  - إدماج الموضوعات المتعلقة بحالة الطوارئ في عملية التعلم.
  - التعامل مع السلوكيات المسببة للمشكلات في الفصل (مثل العدوانية).
  - مساعدة المتعلمين على فهم، ومساندة بعضهم لبعض.
- توفير فرص تعلم، وتدريب ملائم، ومستمر للمختصين بالتعليم، ودعم مهني خاص بحالات الطوارئ، بدلاً من فرصة واحدة، أو تدريب قصير الأمد دون متابعة (انظر صحيفة التدابير ٣.٤). وقد تشمل الموضوعات الأساسية:
  - تشجيع المشاركة المجتمعية، وخلق بيئات تعلم آمنة.
  - تأثير الخبرات، والمواقف الصعبة على السلامة «النفس – اجتماعية»، وسهولة تكيف الأطفال – بنين وبنات من مختلف الأعمار – مع أخلاقيات الدعم «النفس – اجتماعي» (انظر صحيفة التدابير ٢.٤)؛
  - المهارات الحياتية الملائمة لحالة الطوارئ (انظر التدابير الأساسية – البند ٢ المذكور أعلاه للاقتراحات).
  - الطرق البناءة لإدارة الفصل التي توضح لماذا لا يجب استخدام أسلوب العقاب الجماعي والتي توفر بدائل ملموسة لاستخدام العنف.
  - كيفية التعامل بشكل بناء مع قضايا المتعلمين كالغضب، والخوف، والحزن.
  - كيفية إجراء أنشطة جماعية بناءة: فنية، ثقافية، رياضية، وألعاب، وبناء المهارات.
  - كيفية العمل مع الآباء والجماعات.

  - كيفية استغلال آليات الإحالة؛ لتوفير دعم إضافي للمتعلمين، الذين يعانون من صعوبات شديدة خاصة بالصحة العقلية، و«النفس – اجتماعية». (انظر التدابير الأساسية البند ٥ أدناه).
  - كيفية وضع خطط عمل لتطبيق الدعم «النفس – اجتماعي»، في عمل المختصين بالتعليم.
  - مساعدة المختصين بالتعليم على التكيف بشكل أفضل مع الحياة، في أثناء، وعقب حالة الطوارئ، بما في ذلك آثار التوتر عليهم، ومهارات التكيف، والإشراف الداعم، ودعم جماعات الأقران.
- استخدام وسائل التعلم التشاركية المعدلة للتكيف مع السياق المحلي، والثقافة المحلية. ويجب ضمان حصول المختصين بالتعلم على فرص لإشراك الآخرين في معارفهم الخاصة، وخبراتهم بمراحل تطور الأطفال المحليين، والممارسات المساعدة، وكذلك ممارسة المهارات الجديدة. ويجب تقييم مدى ملاءمة وجدوى التدريب بصفة دورية، كما يجب توفير الدعم المتواصل بما في ذلك كل من: الإشراف المهني، والمواد اللازمة للمختصين بالتعليم.
- تفعيل الدعم «النفس – اجتماعي» المتاح للمختصين بالتعليم. فعلى سبيل المثال: يمكن أن يجتمع المختصون بالتعليم سوياً مع شخص مساعد للبدء في التحدث عن الماضي، والحاضر، والمستقبل، أو وضع آلية دعم مجتمعي لمساعدة المختصين بالتعليم في التعامل مع مواقف الأزمات.

٥. تعزيز قدرة المنظومة التعليمية؛ لدعم المتعلمين، الذين يواجهون صعوبات «نفس – اجتماعية»، وصعوبات خاصة بالصحة العقلية:

تشمل الخطوات الفورية ما يلي:

- دعم قدرة المؤسسات التعليمية؛ لتوفير الدعم للمتعلمين، الذين يواجهون صعوبات بالصحة العقلية، أو «النفس – اجتماعية».
  - تعيين ضباط اتصال لمراقبة، ومتابعة كل طفل.
  - في حالة تواجد مستشارين بالمدرسة؛ يمكن القيام بتدريبهم للتعامل مع القضايا المتعلقة بالطوارئ.
- مساعدة العاملين بالمدرسة – كالمدراء، والمستشارين، والمدرسين، والأخصائيين الصحيين – على فهم: إلى أين يجب أن تتم إحالة الأطفال الذين يعانون من صعوبات حادة خاصة بالصحة النفسية وصعوبات «نفس – اجتماعية»؟ (قد يشمل ذلك الأطفال غير

«المضارين»، ولكنهم يعانون من صعوبات موجودة مسبقاً)، بحيث تتم إحالتهم إلى مراكز الصحة النفسية المناسبة، ومراكز الخدمات الاجتماعية، وجهات الدعم «النفس – اجتماعي» في المجتمع (انظر صحيفة التدابير ٢.٥)، ومراكز الخدمات الصحية، إذا كان هذا ملائماً (انظر صحيفة التدابير ٢.٦ بما فيها معايير إحالة الأشخاص ذوي المشكلات النفسية الوخيمة). كما يجب ضمان فهم المتعلمين، والآباء، وأفراد المجتمع؛ لكيفية استخدام نظام الإحالة هذا.

المصادر الرئيسة

١. Active Learning Network for Accountability and Performance (ALNAP) (2003). *Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*. Chapter 12, 'Participation and Education', pp.331-342. http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm

٢. Annan J., Castelli L., Devreux A. and Locatelli E. (2003). *Training Manual for Teachers*. http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/WiderPapers/Widerpapers.htm

٣. Crisp J., Talbot C. and Cipollone D. (eds.) (2001). *Learning for a Future: Refugee Education in Developing Countries*. Geneva: UNHCR. http://www.unhcr.org/pubs/epau/learningfuture/prelims.pdf

٤. Danish Red Cross (2004). *Framework for School-Based Psychosocial Support Programmes: Guidelines for Initiation of Programmes*. http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/2Children-armed/PSPC.Final.Report.pdf

٥. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
Arabic:
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20Arabic.pdf

٦. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2004). *INEE Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction*. http://www.ineesite.org/minimum_standards/MSEE_report.pdf
Arabic: http://www.ineesite.org/minimum_standards/INEE_MSEE_arabic.pdf

٧. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2005). *Promoting INEE Good Practice Guides – Educational Content and Methodology*. http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1238, then the following links:
http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1134
http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1137
http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1146

٨. Macksoud M. (1993). *Helping Children Cope with the Stresses of War: A Manual for Parents and Teachers*. UNICEF. http://www.unicef.org/publications/index_4398.html

٩. Nicolai S. (2003). *Education in Emergencies: A Tool Kit for Starting and Managing Education in Emergencies*. Save the Children UK. http://www.ineesite.org/core_references/EducationEmertoolkit.pdf

١٠. Save the Children (1996). *Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and Approaches*. Geneva. http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies protection/psychosocwellbeing2.pdf

١١. Sinclair M. (2002). *Planning Education In and After Emergencies*. UNESCO: International Institute for Educational Planning (IIEP). http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/emergency_4.htm

عينة مؤشرات العملية

- نسبة المتعلمين الذين لديهم فرصة الحصول على تعليم رسمي.
- أماكن تلقي التعليم غير الرسمي مفتوحة، ومتاحة للبنين، والبنات، من الأعمار كافة.
- نسبة المدرسين المدربين الذين يتلقون متابعة خاصة بكيفية دعم السلامة «النفس – اجتماعية» للمتعلمين.
- قيام المدرسين، وغيرهم من العاملين في مجال التعليم، بإحالة الأطفال الذين يعانون من صعوبات اجتماعية: عقلية، و«نفس– اجتماعية» وخيمة لمراكز الخدمات المتخصصة.

مثال: الأراضي الفلسطينية المحتلة – ٢٠٠١

- كرد فعل على الانتفاضة الثانية؛ قامت «خطة العمل الوطنية الفلسطينية للأطفال»، (وهي تجمع لمنظمات غير حكومية وطنية ودولية)، بتنسيق العمل مع المنظمات الوطنية، والدولية؛ لتوفير فرص تعليم رسمي، وغير رسمي، آمنة، وداعمة.
- قامت هذه المنظمات بتنظيم حملات لإعادة الطلبة إلى المدارس، ودعمت المعسكرات الصيفية، والأماكن الصالحة للأطفال، والشباب. وتمت مراجعة العملية التعليمية؛ لتكون أكثر حماية، وملائمة، ودعماً؛ عن طريق توفير فرص أكبر؛ للتعبير عن الذات، وتطوير المهارات الحياتية اللازمة للحماية.
- تم تدريب المختصين بالتعليم؛ لفهم احتياجات الطلبة الانفعالية، والسلوكية، والاستجابة لها. وتم وضع برامج تلقين للمراهقين يقوم بها الشباب، كما تم إجراء جلسات «نفس – اجتماعية» في المدارس.

صحيفة التدابير ٨.١

تزويد المنكوبين بالمعلومات المتعلقة بحالة الطوارئ، وجهود الإغاثة، وحقوقهم القانونية

المهمة: نشر المعلومات

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

بالإضافة إلى الأضرار التي تلحق بحياة الأشخاص، وصحتهم؛ غالباً ما يلحق الضرر أيضاً بالحق، والعدل من جراء الطوارئ؛ إذ تتسبب في زعزعة استقرار قنوات المعلومات والاتصال التقليدية. وقد تدمر البنية الأساسية للاتصالات، ويُساء استغلال قنوات الاتصال الموجودة عن طريق أشخاص لهم أهداف وجداول أعمال معينة؛ فمثلاً: قد يتم استغلالها لنشر شائعات، أو رسائل الكراهية، أو لاختلاق قصص للتغطية على إهمال في الواجبات.

وتُعد الشائعات، وغياب المعلومات الصادقة الدقيقة؛ مصادر رئيسة لقلق المتضررين في حالات الطوارئ وقد تخلق فوضى وشعوراً بفقدان الأمان. وعلاوة على ذلك؛ قد يؤدي غياب المعلومات عن الحقوق إلى الاستغلال؛ كما يؤدي تلقي المعلومات المناسبة في الوقت المناسب إلى العكس. ومن ثم ينبغي أن تكون هناك آلية وجهة مسئولة لنشر هذه المعلومات المفيدة مسبقاً.

وقد يتم تصميم نظم المعلومات والاتصالات لمساعدة أفراد المجتمع على التعافي من الأزمات الطوارئ وبالتالي يتحولون إلى ناجين نشطين الطوارئ بدلاً من كونهم ضحايا سلبيين. وقد تؤدي تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ووسائل الاتصال والترفيه – كالاسكيتشات، والأغاني، والمسرحيات – دوراً مهماً في نشر معلومات عن حقوق وصلاحيات الناجين. كما تؤدي المعلومات المناسبة حول الإغاثة وأماكن الأشخاص النازحين إلى المساعدة في لم شمل الأسر في حالات الطوارئ.

وبالإضافة إلى التدابير المحددة المذكورة أدناه سوف تساعد الشفافية، والمحاسبة، والمشاركة على تحسين فرص الوصول إلى المعلومات.

التدابير الأساسية

١. تذليل تكوين فريق معلومات، واتصالات:

- إذا ما كانت نظم الاتصالات المعتادة (من حيث الأفراد والبنية الأساسية) لا تؤدي وظيفتها كما ينبغي، فينبغي المساعدة على تكوين فريق من المتخصصين في الاتصالات لتوفير معلومات خاصة بحالة الطوارئ، وجهود الإغاثة، والحقوق القانونية، فضلاً عن دعم أصوات الجماعات المهمشة والمنسية. وقد يتم استجلاب أعضاء الفريق من الهيئات الإعلامية المحلية، أو القيادات الشعبية، أو وكالات الإغاثة، أو الحكومة، أو غيرها من الجهات المشاركة في الاستجابة لحالة الطوارئ. وقد يؤدي الناجون من الكوارث دوراً أساسياً في نشر المعلومات حول الخدمات المقدمة.

٢. التقييم الدوري للوضع، وتعرف الثغرات المعلوماتية الرئيسة، والمعلومات الأساسية لنشرها:

- دراسة التقييمات المتاحة، والتحديات التي توضحها (انظر صحيفة التدابير ١.٢).
- تحليل القائمين على قنوات الاتصال والتساؤل عما إذا كانت جماعات معينة تقوم بنشر المعلومات بطرق تخدم أجندات خاصة.
- القيام – إذا ما دعت الضرورة إلى ذلك – بالمزيد من التقييمات التي تتناول المسائل التالية:
  - أي الجماعات/المجموعات ما زالت في حالة تنقل؟ وأيها استقر في مكان محدد؟
  - من هم الأشخاص المعرضون للخطر: الجماعات التي يشاع أنها مستضعفة (انظر الفصل ١) أم جماعات جديدة؟
  - هل هناك تقارير عن الناجين الذين فقدوا القدرة على التنقل؟ ولو كان ذلك صحيحاً يجب التعرف إلى أماكنهم، ورد الفعل المتخذ تجاه ذلك.
  - إذا ما كانت الصحة النفسية، وجهات الدعم «النفس – اجتماعي» متوفرة، من الذي يقوم بتقديم هذا الدعم؟ وأي الوكالات الأنشط في هذا المجال؟ وهل تغطي الجماعات المتضررة وقطاعات السكان كافة؟ وهل تم إغفال أقسام من المجتمع؟
  - ما هي الفرص الموجودة لدمج حملات المعلومات والاتصالات مع جهود الإغاثة الأخرى القائمة؟
  - ما هو مستوى الأمية بين الرجال، والنساء، والأطفال، والمراهقين من السكان؟
  - أي قنوات الاتصال الموجودة سلفاً تؤدي وظيفتها؟ وأي القنوات ستكون أكثر فاعلية في الوضع الحالي؛ لنقل الرسائل المتعلقة بالطوارئ، وجهود الإغاثة، والحقوق القانونية؟
  - ما هي الجماعات السكانية المحرومة من فرص الحصول على خدمات إعلامية؟
  - ما هي الجماعات المحرومة من فرص الحصول على خدمات إعلامية نتيجة إعاقة (مثل الإعاقة البصرية/السمعية)؟ وأي الأساليب قد يحتاج إلى التطور بحيث يتم نشر المعلومات لتصل إلى هؤلاء الناس؟
- جمع ومقارنة المعلومات المتعلقة بالموضوع يومياً، وقد يتضمن هذا معلومات تتعلق بالآتي:
  - توفير، وتأمين مواد الإغاثة.
  - اتفاقيات وقف إطلاق النار، والمناطق الآمنة، ومبادرات السلام الأخرى.
  - وقوع حوادث متكررة متعلقة بالطوارئ (مثل العنف، أو توابع الزلازل).
  - موقع، وطبيعة الخدمات الإنسانية المختلفة.
  - موقع الأماكن الآمنة (انظر صحيفة التدابير ١.٥)، والخدمات المتاحة هناك (انظر صحيفة التدابير ١.٥، ٢.٥، ٤.٥ و١.٧).
  - النتائج الرئيسة للتقييمات، واختبارات مراقبة المعونات.
  - القرارات الأساسية التي تتخذها القيادات السياسية، وهيئات التنسيق الإنسانية.
  - الحقوق والاستحقاقات (مثل كمية الأرز التي يحق للفرد النازح الحصول عليها، والحقوق الخاصة بالأرض... إلخ).
- مراقبة المعلومات الصادرة عن الحكومات، أو السلطات المحلية، ولاسيما تلك المعلومات المتعلقة بحصص الإغاثة.
- سؤال المنتفعين المختلفين بين السكان وعمال الإغاثة عن الثغرات المعلوماتية الأساسية التي يجب تناولها (مثل: نقص المعلومات حول الخدمات، والاستحقاقات، وموقع أفراد الأسرة... إلخ). ويراعى العمل مع الناجين لتعرف نوع، ومحتوى الرسائل التي يرغبون في نشرها، والطريقة المناسبة للقيام بهذا، مع توقع التأثير الناتج على العامة.
- الوقوف بصفة مستمرة على الممارسات الإعلامية الضارة، أو إساءة استغلال المعلومات. وتشمل هذه الممارسات:
  - نشر الرسائل المنحازة/المعبرة عن مشاعر كراهية.
  - الاستجواب العدواني للأفراد بخصوص تجاربهم العاطفية.
  - الفشل في تنظيم فرص الحصول على الدعم «النفس – اجتماعي» بالنسبة للأشخاص الذين تم سؤالهم عن تجاربهم العاطفية أثناء الكارثة.
  - وصم الأفراد عن طريق إجراء مقابلات معهم بطرق غير ملائمة.
  - استخدام الصور، أو الأسماء، أو معلومات تدل على الشخصية دون موافقة الشخص أو بطرق تعرض الناجين للخطر.
- التعرف بشكل مستمر إلى الممارسات الإعلامية الجيدة مثل:
  - دعوة المختصين في الأعمال الإنسانية الخبراء في مجال الصحة العقلية، والدعم «النفس – اجتماعي»؛ لإسداء النصائح عبر وسائل الإعلام.
  - تقديم نصائح محددة عبر النشرات الإخبارية الموجزة.

٣. وضع خطة لحملة الاتصالات:

- زيادة المشاركة المجتمعية في عملية وضع خطة حملة الاتصالات.
- وضع نظام لنشر المعلومات المفيدة، التي تتناول الثغرات التي تم التعرف إليها.
- إطلاع المؤسسات الإعلامية المحلية على الممارسات المساعدة والضارة المحتملة، وكيفية تفاديها.
- احترام مبادئ السرية، والموافقة المستنيرة للأفراد.

٤. إيجاد قنوات لبث المعلومات الموثقة بين الأفراد المتضررين:

- تحديد أشخاص بين السكان المضارين يمكنهم التأثير على نشر المعلومات داخل الجماعات.
- وضع دليل للإعلام والاتصالات يشمل:
  - قائمة بوسائل الإعلام المحلية مع الأسماء والتفاصيل الخاصة بالاتصال بكبار الصحفيين الذين يقومون بتغطية الأخبار المتعلقة بالصحة، والأطفال، والاهتمامات الإنسانية.
  - قائمة بالأسماء، والتفاصيل الخاصة بالاتصال بالصحفيين الذين يغطون حالة الطوارئ.
  - دليل موظفي وكالات الإغاثة المختلفة العاملين في مجال الاتصالات.
- قد تخلق فرق الاتصالات قنوات لنشر المعلومات باستخدام لغات محلية. وقد يشمل هذا التفاوض بشأن وقت البث على محطات المذياع المحلية، أو المساحات المتاحة على لوحات الإعلانات عند تقاطعات الطرق الرئيسة، والأماكن العامة الأخرى، أو في المدارس، أو مخيمات الإغاثة، أو المراحيض.
- في غياب أي وسيلة إعلام يمكن التفكير في آليات مبتكرة مثل توزيع أجهزة المذياع.
- إشراك الأفراد المحليين في كل مرحلة من مراحل الاتصالات، والتأكد من أن الرسائل تراعي مشاعرهم (تبدي تفهماً لوضع الناجين من الكارثة)، وتتسم بالبساطة (أي يفهمها الأفراد المحليون البالغون من العمر ١٢ عاماً).
- إصدار نشرات صحيفة موجزة؛ لتوفير معلومات عن الأنشطة الإنسانية المخطط القيام بها خلال الأيام القليلة القادمة، والجهة التي تنظم هذه الأنشطة، ومتى وأين يتم تنظيمها، والمكلف بتنظيمها... إلخ.

- ضمان عدم وجود تكرار لا مبرر له لأحداث الماضي المريعة في وسائل الإعلام المحلية (مثل تجنب تكرار لقطات فيديو بين حين وآخر توضح أسوأ اللحظات الخاصة بالكارثة)، عن طريق تنظيم نشرات إخبارية موجزة في الإعلام، وزيارات ميدانية. وينبغي تشجيع الأجهزة الإعلامية والصحفيين على تجنب الاستخدام غير المبرر للصور التي قد تثير شجون المشاهدين، وأحزانهم. وبالإضافة إلى ذلك يجب تشجيع المنافذ الإعلامية على عدم نشر صور وأخبار الأشخاص المحبطين فقط، بل التركيز على بث صور وأخبار من تعافوا من آثار الكارثة، والحرص على إشراك الناجين من الجهود الخاصة بالمرور من الأزمات.
- الحفاظ على اهتمام وسائل الإعلام من خلال إبراز زوايا مختلفة، مثل: الأبعاد المختلفة للصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، وأخبار عن اجتياز الناجين للأزمة، وإشراك المجموعات المعرضة للخطر، في جهود اجتياز الأزمة، ومبادرات الاستجابة النموذجية.
- نشر الرسائل الخاصة بحقوق واستحقاقات الناجين مثل القوانين الخاصة بالمعاقين، وقوانين الصحة العقلية العمومية، وحقوق امتلاك الأرض، بغرض البناء، وحزم الإغاثة... إلخ.
- التفكير في إعداد رسائل عن المعايير الدولية للإغاثة الإنسانية مثل: المعايير الدنيا «اسفير».
- مراعاة توزيع الرسائل التي تساعد على الحصول على المعلومات (كالبطاريات الخاصة بالمذياع، ووضع لوحات إعلانية خاصة بالصحف في الشارع).

٥. ضمان التنسيق بين موظفي الاتصالات العاملين في مختلف الوكالات:

تنبع أهمية التنسيق مما يلي:

- ضمان اتساق المعلومات التي يتم نشرها بين السكان المتضررين.
- تذليل تطوير قواعد المعلومات بين الوكالات (مثل لوحات الإعلانات)، إذ يمكن أن يذهب إليها الناجون لتلقي المعلومات الأساسية كافة، بما فيها المعلومات التي تتم تغطيتها في صحيفة التدابير هذه، مثل المعلومات الخاصة بالطرق الإيجابية للتكيف. (انظر صحيفة التدابير ٢.٨).

المصادر الرئيسة

١. ActionAid International (forthcoming) *Mind Matters: Psychosocial Response in Emergencies* (video).

٢. IASC (2003). *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Action Sheet 9.1: Provide information on HIV/AIDS prevention and care, pp.91-94. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf

٣. OCHA (forthcoming). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.

٤. Office of the United Nations Secretary-General Special Envoy for Tsunami Recovery (2006). *The Right to Know: The Challenge of Public Information and Accountability in Aceh and Sri Lanka*. New York: United Nations. http://www.tsunamispecialenvoy.org/pdf/The_Right_to_Know.pdf

٥. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project. http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm Arabic: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

٦. UNICEF (2005). *Ethical Guidelines for Journalists: Principles for Ethical Reporting on Children*. www.unicef.org/ceecis/media_1482.html

٧. UNICEF (2005). *The Media and Children's Rights (Second Edition).* New York: UNICEF. http://www.unicef.org/ceecis/The_Media_and_Children_Rights_2005.pdf

عينة مؤشرات العملية

- القيام بأعمال التقييم لتحديد ما إذا كان السكان المتضررون يتلقون معلومات أساسية عن الطوارئ، وجهود الإغاثة، وحقوقهم القانونية.
- في حال وجود ثغرات في المعلومات الأساسية؛ يتم نشر المعلومات المناسبة، بأسلوب سلس، يمكن فهمه من قبل الفئات، والمجموعات المختلفة للسكان.

مثال: زلزال: جوجارات – الهند – ٢٠٠١

- نظمت المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية، بالتعاون مع جماعات العمل الاجتماعي المحلية، حملة بعنوان: «اعرف حقوقك»، وقامت بضم كل الأوامر الحكومية، وأزالت الغموض الذي يكتنف المصطلحات القانونية، وقامت بترجمتها إلى لغة محلية بسيطة في صحف المعلومات. ووفرت هذه الصحف أسئلة وأجوبة حول الحقوق، وتعليمات، حول كيفية الحصول عليها.
- قام متطوعون بعرض مسرحيات في الشارع توضح حقوق الناجين. وبعد كل عرض يتم توزيع استمارات للتقدم للحصول على الاستحقاقات، كما قام المتطوعون المتقدمون بمساعدة المتقدمين على الحصول على استحقاقاتهم.
- تم تنظيم لقاءات شعبية لتمكين الناجين من تسجيل همومهم وتعريفهم بشكل أفضل باستحقاقاتهم.

صحيفة التدابير ٢.٨

تيسير الحصول على المعلومات الخاصة بأساليب التكيف الإيجابي

المهمة: نشر المعلومات

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

في أوضاع الطوارئ: يعاني معظم الناس من مشكلات «نفس – اجتماعية»، (شعور قوي بالحزن، أو الخوف، أو الغضب). وفي معظم المواقف سيبدأ الأفراد المضارون تدريجياً في الشعور بالتحسن خاصة إذا ما استخدموا طرقاً مساعدة للتعامل مع همومهم (وسائل التكيف الإيجابية)، وإذا ما تلقوا دعماً من أسرهم، ومجتمعهم. ومن الخطوات المساعدة في هذا الصدد، الحصول على المعلومات المناسبة المتعلقة بحالة الطوارئ، وجهود الإغاثة، والحقوق القانونية (انظر صحيفة التدابير ١.٨)، ووسائل التكيف الإيجابية.

توفير المعلومات بطريقة مقبولة ثقافياً قد يكون وسيلة مساعدة لتشجيع التكيف الايجابي. فالهدف من هذه المعلومات هو تعزيز قدرة الأفراد، والأسر، والمجتمعات؛ على فهم الطرق الشائعة التي يلجأ إليها معظم الناس لاتخاذ رد فعل تجاه عوامل الضغط الشديدة، ولتلبية الاحتياجات «النفس – اجتماعية» الخاصة بهم، وبغيرهم، بطريقة فعالة. ويُعد نشر المعلومات الخاصة بطرق التكيف الإيجابية عبر المطبوعات أو عبر المذياع أحد صور التدخل الأكثر استخداماً، والقادرة على الوصول إلى غالبية السكان المتضررين.

التدابير الأساسية

١. تحديد المعلومات الخاصة بطرق التكيف الإيجابية المتاحة بالفعل بين السكان المتأثرين بالكوارث:

- التنسيق مع جميع المنظمات ذات الصلة؛ لتحديد (أ) ما إذا كانت المعلومات الملائمة ثقافياً حول وسائل التكيف الإيجابية موجودة بالفعل. (ب) مدى معرفة السكان بهذه المعلومات. وتعد النقطة الرئيسة الثانية بمثابة دليل يُستهدى به في تحديد مدى ملائمة المعلومات المتوافرة.

٢. إذا لم تكن هناك معلومات متاحة حالياً حول وسائل التكيف الإيجابية؛ ينبغي إعداد معلومات حول طرق التكيف الإيجابية الملائمة ثقافياً للسكان المتأثرين:

- التنسيق، والتخطيط لإعداد المعلومات، حول وسائل التكيف الإيجابية، بالتعاون مع الهيئات الأخرى. وينبغي التأكد من بساطة، واتساق الرسائل لتجنب التشوش. ويجب الوصول إلى اتفاق بين الوكالات – لأقصى حد ممكن – حول محتوى المعلومات، واتفاق كذلك على كيفية توزيع المهام (مثل النشر).

- في أثناء إعداد المواد المناسبة: من المهم التعرف إلى مجموعة ردود الأفعال الفردية والجماعية المتوقعة تجاه عوامل التوتر الشديد (كالاغتصاب)، وتحديد طرق التكيف المحددة ثقافياً (كالصلاة وإقامة شعائر في أوقات المحن). ولتجنب تكرار التقييمات ينبغي مراجعة نتائج التقييمات المتوفرة بالفعل (انظر صحيفة التدابير ١.٢، ٢.٥، ٣.٥، و٤.٦). وقد يتم سد الثغرات في المعلومات عن طريق إجراء لقاءات مع الأشخاص العارفين بالثقافة المحلية (مثل المختصين في علم الإنسان)، أو عن طريق تشكيل مجموعات بؤرية. وعند اختيار المشاركين في هذه المجموعات ينبغي التأكد من تمثيل مختلف الفئات العمرية، والنوع الاجتماعي داخل المجتمع بطريقة مناسبة. وعادة ما يتطلب الأمر الفصل بين الذكور والإناث في جماعات النقاش؛ للسماح بسماع وجهات النظر المختلفة.
- من المهم التعرف إلى وسائل التكيف الإيجابية، التي قد تفيد عبر الثقافات المختلفة مثل:
  - طلب الدعم الاجتماعي.
  - إعداد هيكل ملائم للوضع الراهن.
  - وسائل الاسترخاء.
  - أنشطة الاستجمام.
  - مواجهة المواقف المخيفة بهدوء (ربما بمساعدة رفيق موثوق للتحكم في الأنشطة اليومية)، كوسيلة للتحكم في الأنشطة اليومية.
- يجب على العاملين التعرف إلى وسائل التكيف المساعدة عن طريق مراجعة أمثلة معلومات العناية الذاتية الصادرة من منظمات أخرى، أو عبر مناقشات المجموعات البؤرية مع أفراد المجتمع الذين يتكيفون بطريقة جيدة. وأحياناً قد يكون نشر رسائل عن كيفية مساعدة الآخرين أمراً فعالاً، إذ تشجع المتضررين على العناية بالآخرين، والعناية بأنفسهم بصورة غير مباشرة.
- يقدم الجدول التالي إرشادات حول «افعل» و«لا تفعل» لتوفير معلومات خاصة بعامة الناس عن وسائل التكيف الإيجابية:

افعل	لا تفعل
استخدام لغة سهلة مباشرة، واستغلال الوقت، والطاقة الضرورية؛ لضمان أن هذه المفاهيم تتم صياغتها بطريقة تجعلها واضحة في السياق المحلي، ويفهمها الأطفال المحليون في عمر ١٢ عاماً. كذلك يجب استخدام تعبيرات عامية؛ إذا كانت أكثر وضوحاً. (مثل استخدام مصطلحات محلية بدلاً من كلمات مثل «التكيف»).	عدم استخدام لغة معقدة أو تقنية (مثل المصطلحات السيكولوجية، والنفسية).
التركيز على الأولويات التي تعارفت عليها الجماعات وجعل الرسالة قصيرة، ومركزة، وملموسة.	عدم تضمين رسائل كثيرة في آن واحد، لأن هذا قد يربك، أو يشتت الأفراد.
الإشارة إلى أنه من الشائع الشعور بالهَم عقب حدث مؤلم، وأنه من الممكن أن يلحظ المتضررون من الكارثة تغيرات في مشاعرهم، وتصرفاتهم، وأفكارهم. ويراعى التأكيد على أن هذا رد فعل شائع، ومفهوم، تجاه حدث غير عادي.	عدم إعداد قوائم طويلة خاصة بالأعراض النفسية في المواد المراد نشرها للعامة. (أي المواد المستخدمة خارج المجال السريري).
تأكيد وسائل التكيف الإيجابية والمنهجيات التي تركز على الحلول والتوقعات الإيجابية الخاصة بالتعافي والتحذير من طرق التكيف الضارة (مثل تعاطي المسكرات بشراهة)، وأخذ استراتيجيات التكيف المجتمعية، والعائلية، والفردية في الاعتبار.	عدم التركيز على الاستضعاف النفسي في المواد الخاصة بعامة السكان.*
معظم السكان ربما سيشعرون بتحسن خلال الأسابيع والشهور المقبلة. وإذا لم تنخفض حدة المحنة خلال أسابيع أو إذا ازدادت حدة؛ يجب أن يطلبوا مساعدة جهات الدعم المتوفرة في المجتمع، وأن يطلبوا مساعدة المختصين (مع مراعاة أخذ هذه النصيحة في الاعتبار فقط؛ إذا توفرت هذه المساعدة). وكذلك توفير المعلومات الخاصة بكيفية؛ ومكان حصول السكان على هذه الخدمات.	عدم تحديد مدة زمنية بعينها للتعافي (مثل قول «ستشعرون بالتحسن في غضون ثلاثة أسابيع»)، وعدم اقتراح طلب مساعدة المختصين في حالة عدم توافرها.
طلب مراجعة أفراد المجتمع المحلي لأية مستندات يتم إعدادها، والتأكد من دقة المواد المترجمة.	عدم ترجمة المواد المكتوبة حرفياً إلى لغة غير شائعة الاستخدام كتابةً. وقد يكون من الأفضل البحث عن شكل غير مكتوب (مثل: صور، ورسومات، وأغنيات، ورقصات، إلخ...)، أو ترجمة المواد إلى لغة كتابة وطنية، يفهمها على الأقل فرد واحد من كل أسرة.

* تنطبق قائمة «لاتفعل» هذه على مواد الرعاية الذاتية الموجهة لعامة السكان خارج البيئات السريرية. ومن المفيد سرد، وشرح الأعراض الخاصة بالمواد المقدمة لبيئات الرعاية السريرية الخاصة بمن لديهم اضطرابات نفسية يمكن تشخيصها، إذ تعد جزءاً من العلاج.

٣. تكييف المعلومات بما يتواءم مع الاحتياجات الخاصة للمجموعات الفرعية للسكان:

- قد يكون للمجموعات الفرعية المختلفة داخل مجتمع سكاني؛ طرق معينة للتكيف، تختلف عن تلك الخاصة بعامة السكان. ويُراعى إيجاد معلومات منفصلة حول آليات التكيف الإيجابية الخاصة بالمجموعات الفرعية بطريقة مناسبة – مثل الرجال، والنساء، والمجموعات المحددة (الأخرى) المعرضة للخطر (انظر الفصل ١). ويجب أن يُؤخذ في الاعتبار التركيز بشكل خاص على «تكيف الأطفال»، و«المراهقين»، مع ملاحظة أنه بالنسبة للمراهقين، قد تتسبب وسائل التكيف قصيرة الأمد، مثل: شرب الخمور، أو تعاطي المخدرات، في إحداث ضرر طويل الأمد.

٤. يُراعى: إيجاد، وتطبيق استراتيجية خاصة بنشر المعلومات، بصورة فعالة:

- بالرغم من أن المواد المطبوعة (المنشورات، والملصقات) هي الأكثر شيوعاً فيما يتعلق بنشر المعلومات، فقد تكون آليات أخرى مثل: المذياع، أو التلفاز، أو الرسومات والصور، أو الأغنيات، أو المسرحيات، أو شاشات العرض بالشوارع؛ أكثر فاعلية. وكذلك يجب استكشاف طرق توصيل المعلومات غير المكتوبة بالتعاون مع قادة المجتمع، والزعماء الدينيين. وتعتمد أكثر الصور الملائمة لتوصيل المعلومات على المجموعة المستهدفة، ومعدل الأمية، والبيئة الثقافية السائدة. فعلى سبيل المثال قد تكون المواد غير المكتوبة (مثل الكتب الكوميدية) التي تتناول شخصيات معروفة، أو الدراما؛ أكثر تأثيراً في التواصل مع الأطفال. وقد يتم استخدام مجموعة من وسائل النشر التي تعكس رسائل مترابطة؛ لزيادة نسبة وصول المعلومات بين عامة السكان.
- طلب الإذن بوضع نسخ من المواد المكتوبة في مؤسسات المجتمع كالكنائس، والمساجد، والمدارس، والعيادات الصحية، وعلى لوحات الإعلانات، في المعسكرات. ومن المفيد أيضاً وضع مواد في أماكن يمكن للناس فيها أن يلتقطوها في جو من الخصوصية المناسبة.
- وجدت بعض المنظمات غير الحكومية أن التحدث مع الناس في أثناء إعطائهم المنشورات/البيانات يكون أكثر فاعلية من مجرد تركها ليلتقطها المارة، فغالباً لن يقرأها أحد في هذه الحالة.
- إذ أمكن؛ يتم إعداد نسخة من المواد المكتوبة المتاحة على شبكة الانترنت، فبينما لن يمكن لمعظم الناجين من الكوارث الدخول على شبكة الانترنت، يمكن أن يؤدي نشر هذه المواد بهذه الطريقة إلى إطلاع المنظمات عليها؛ الأمر الذي يساعد بدوره على زيادة توزيع المعلومات. (انظر أيضاً صحيفة التدابير ١.٨).

المصادر الرئيسة

المواد الواردة أدناه تمثل نموذجاً لمواد الرعاية الذاتية، بما يتوافق مع الدليل المذكور أعلاه:

١. American Red Cross (2004). *From Crisis to Recovery, the Road to Resiliency: A Small Pocket Manual*. American Red Cross Psychosocial Group, New Delhi. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

٢. International Catholic Migration Commission (ICMC) (2005). *Setelah Musibah (After Disaster)*. ICMC, Indonesia. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

٣. World Health Organization (2005). *Some Strategies to Help Families Cope with Stress*. WHO, Pakistan. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

عينة مؤشرات العملية

- تركز معلومات الرعاية الذاتية، التي يتم نشرها، على وسائل التكيف الإيجابية.
- نسبة السكان المتاح لها الحصول على المعلومات المنشورة.
- كون المعلومات التي يتم نشرها مناسبة ثقافياً، ومفهومة لمعظم السكان.

مثال: آتشيه، ٢٠٠٥

- بعد مراجعة مواد الرعاية الذاتية الموجودة؛ تم تدريب طاقم عمل وطني ينتمي إلى منظمة غير حكومية؛ لتوجيه المجموعات البؤرية؛ للتعرف إلى الظروف التي كان الناس يمرون بها (ردود أفعال عامة)، والأنشطة التي اعتاد الناس القيام بها؛ للتكيف مع التوتر.
- تم التعاقد مع فنان لرسم صور تمثل أشخاصاً من آتشيه يرتدون ثيابهم المحلية، تجسيداً للمفاهيم التي تعارف عليها المجتمع. كما صورت مجموعة صور أخرى أسلوب الاسترخاء عن طريق التنفس بعمق.
- تم شرح ما في المنشورات، وتوزيعها على التجمعات السكانية، في أوقات تجمعها، كما كان يحدث عقب صلاة العشاء في المساجد. وتم توزيع المنشورات أيضاً على منظمات أخرى، وقامت – بدورها – بتوزيعها من خلال برامج التدخل الخاصة بها.
- من خلال مجموعة التنسيق «النفس – اجتماعي»؛ استمرت الوكالات في العمل سوياً، لإصدار بيانات إخبارية، تحوي معلومات تمثل هموم المجتمعات المتضررة من موجات المد العاتية (تسونامي)، والمجتمع المدني المحلي. كما تم تمويل منظمة محلية غير حكومية، والإشراف عليها؛ لتواصل إصدار بيانات إخبارية ذات صلة.

صحيفة التدابير ١.٩

مراعاة اعتبارات اجتماعية، ونفسية معينة عند تقديم الطعام، وتوفير الدعم الغذائي (مثل: توفير المساعدات الآمنة للجميع؛ مع المحافظة على كرامتهم، ومراعاة ممارساتهم الثقافية، والأدوار السائدة داخل الأسر)

المهمة: **الأمن الغذائي، والتغذية**

المرحلة: **الحد الأدنى للاستجابة**

الخلفية

في كثير من حالات الطوارئ: يتسبب الجوع، وغياب الأمن الغذائي؛ في حالات توتر شديد، مما يعصف بالصحة النفسية، والاجتماعية للسكان المتضررين. وعلى النقيض قد تعوق التأثيرات النفسية، والاجتماعية الخاصة بحالة الطوارئ؛ الأمن الغذائي، ووضع التغذية. ومما لا شك فيه أن فهم التفاعلات بين الصحة النفسية، والاجتماعية من جهة، والأمن الغذائي والتغذية من جهة أخرى (انظر الجدول أدناه)؛ يجعل الفرد قادراً على زيادة جودة، وفاعلية برامج المساعدات الغذائية، والدعم التغذوي، وفي الوقت نفسه يعزز كرامة الإنسان. كما أن تجاهل هذه التفاعلات يؤدي إلى إحداث أضرار بالغة، ولا سيما في حالة البرامج التي تتطلب وقوف الناس في طوابير لساعات طويلة؛ للحصول على الطعام، وتعامل متلقي المساعدة على أنهم مستهلكون سلبيون، نُزعت عنهم آدميتهم، أو في حالة صنع ظروف تشجع على العنف، للوصول إلى أماكن تسلم الطعام.

جدول: العوامل النفسية، والاجتماعية المتعلقة بالمساعدات الغذائية:

العوامل المتعلقة بالمساعدات الغذائية	نوع التأثير، وأمثلة له
عوامل اجتماعية عامة (بما فيها العوامل الموجودة سلفاً)، والمتعلقة بالأمن الغذائي، ووضع التغذية	• تهميش جماعات محددة، وتقليل فرص حصولها على الموارد الشحيحة. • الجوانب الاجتماعية الثقافية الخاصة بالنظام الغذائي، أو التغذية (المعتقدات الخاصة بالنظام الغذائي، والممارسات المتعلقة بها: ما هو الطعام الذي يتم تناوله؟ وكيف تتم زراعة الطعام؟ وكيف يتم توزيع، وإعداد، وتقديم، وتناول الطعام؟ – المحرمات الثقافية).
العوامل الاجتماعية، والنفسية المتعلقة بالطوارئ، والمؤثرة على الأمن الغذائي، ووضع التغذية	• اضطراب أدوار النوع الاجتماعي الأسر، أو العائلة (مثل وفاة عائلي الأسرة). • عدم أو سوء توجيه، القيادات الشعبية الرسمية، وغير الرسمية. (مثل وفاة قائد شعبي اعتاد على تنظيم المساعدة). • تعطل الشبكات المجتمعية غير الرسمية، التي تساعد الأشخاص المعرضين للخطر (كالمتطوعين الذين يتولون رعاية الأشخاص طريحي الفراش).

العوامل المتعلقة بالمساعدات الغذائية	نوع التأثير، وأمثلة له
	• نقص الأمن (مثل مهاجمة النساء الذين يجمعون خشب الوقود). • انخفاض قدرة الأفراد على توفير الطعام لمن يعولونهم (مثلاً نتيجة الكساد الشديد). • سوء التوجيه الذي يمنع الأفراد، أو يحول دون حصولهم على الطعام (مثلاً: نتيجة مرض نفسي، أو عصبي، أو تلقي معلومات خاطئة، أو اضطهاد سياسي، أو معتقدات خرافية متعلقة بحالات الطوارئ). • فقدان الشهية (مثلاً نتيجة الحزن الشديد، بعد فقدان أحد أفراد الأسرة).
أثر الجوع، وغياب الأمن الغذائي على الصحة العقلية والمعافاة «النفس – اجتماعية»	• إعاقات نفسية، ومعرفية خطيرة، لاسيما في الأطفال صغيري السن (مثلاً نتيجة حالات نقص التغذية المزمنة، وغياب الدافع الاجتماعي، والعاطفي). • استراتيجيات تكيف ضارة (مثل بيع الأصول المهمة، وممارسة الجنس مقابل الحصول على طعام، وتسرب الأطفال من المدارس، وتجاهل الأضعف من أفراد العائلة كالأطفال). • تعطيل القانون، والنظام (مثل الاقتتال على الموارد). • فقدان الأمل، والرؤية المستقبلية، (كما هو الحال في النزاعات المسلحة طويلة الأمد). • مشاعر العجز، والاستسلام (مثلاً عقب فقدان سبل العيش). • عدوانية التصرف (مثلاً في المواقف التي يُعتقد فيها غياب العدل، في أثناء تخصيص، أو توزيع الطعام).

يحدد دليل «اسفير» المعايير الكلية التي تخص الأمن الغذائي، والمساعدات الغذائية، في حالات الطوارئ. وتقدم التدابير الأساسية المذكورة أدناه إرشادات خاصة بالاعتبارات الاجتماعية النفسية المتعلقة بالعمل صوب تحقيق هذه المعايير.

التدابير الأساسية

١. تقييم العوامل النفسية الاجتماعية المتعلقة بالأمن الغذائي، والتغذية، والمساعدات الغذائية:

• راجع بيانات التقييم المتاحة الخاصة بالطعام، والتغذية، ودعم الصحة العقلية والدعم «النفس – اجتماعي». (انظر صحيفة التدابير ١.٢). وإذا لزم الأمر قم بإجراء تقييم

متقدم آخر، يُعنى بالجوانب النفسية، والاجتماعية، المتعلقة بالغذاء، والدعم التغذوي. (انظر الجدول السابق).

• يجب أن تشارك جماعات التنسيق المعنية في تقارير تقييم الغذاء، والتغذية (انظر صحيفة التدابير ١.١ و١.٢)، ويجب أن توضح:

  • كيف، وإلى أي حد، يؤثر غياب الأمن الغذائي على الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية»، والعكس (أيضاً انظر «اسفير». معيار ٢ الخاص بالدعم العام للتغذية المتعلق بالجماعات الأكثر عرضة للخطر، والمعيارين ١ و٢ المتعلقين بالأمن الغذائي، والتغذية).

  • ما هي العوامل النفسية، والثقافية الاجتماعية، التي يجب مراعاتها عند تخطيط، وتطبيق، ومتابعة المساعدات، والتدخلات الغذائية؟

٢. زيادة المشاركة في التخطيط، وتوزيع، ومتابعة المساعدات الغذائية:

• اعط المجتمعات المستهدفة؛ فرصة أوسع للمشاركة الفعالة، من خلال التقييم، والتخطيط، والتوزيع، والمتابعة. (انظر صحيفة التدابير ١.٥).

• زد مشاركة الجماعات الأكثر عرضة للخطر، والمهمشة، والأقل جذباً للنظر. (انظر فصل ١).

• اجعل مشاركة المرأة أولوية قصوى في كل مراحل المساعدة الغذائية. في معظم المجتمعات تُعتبر المرأة هي المسئولة عن إدارة شئون البيت الغذائية، وتؤدي دوراً إيجابياً، في تسهيل توصيل المساعدات الغذائية إلى كل الأشخاص المخطط تلقيهم لها، دون عواقب غير مرغوب فيها.

• استخدم المعونات الغذائية لخلق أو استعادة شبكات الحماية الاجتماعية غير الرسمية – مثلاً – عن طريق توفير الأمن الغذائي، من خلال متطوعين، يوفرون الرعاية المنزلية. (انظر صحيفة التدابير ٢.٣).

٣. زيادة الأمن، والحماية عند تنفيذ برنامج المساعدات الغذائية:

• وجه انتباهاً خاصاً إلى مخاطر إساءة استخدام الطعام؛ لتحقيق أغراض سياسية، أو تهميش أشخاص معينين، أو زيادة الصراع عند توزيعه.

• تجنب التخطيط السيئ، وإجراءات التسجيل الناقصة، أو الفشل في إشراك الأشخاص في المعلومات، مما قد يؤدي إلى خلق أجواء من التوتر، التي تتمخض عن أعمال عنف، أو شغب.

- اتخذ التدابير الممكنة كافةً للحماية ضد سوء استخدام المساعدات الغذائية، ولمنع سوء الاستغلال، بما في ذلك إقامة علاقات جنسية مع العاملين في برنامج المساعدة، أو من يتولون مناصب مشابهة مقابل الحصول على الغذاء (انظر صحيفة التدابير ٢.٤، وكذلك صحيفة التدابير رقم ١.٦، من ضوابط التدخل في العنف المبني على النوع أو الجنس، في الأوضاع الإنسانية، للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات).

٤. تطبيق برامج المساعدة الغذائية، بأسلوب مناسب ثقافياً؛ لحماية هوية، ونزاهة، وكرامة المنتفعين:

- احترم الممارسات الدينية، والثقافية المتعلقة بالأطعمة، وإعداد الطعام، بشرط أن تراعي هذه الممارسات حقوق الإنسان، وتساعد على الحفاظ على الهوية، والنزاهة، والكرامة الإنسانية.
- تجنب التمييز مع الاعتراف بأن الأعراف والتقاليد الثقافية المحلية قد تمارس التمييز ضد جماعات معينة كالنساء؛ مع مراعاة أن مسئولية مخططي برنامج المساعدة الغذائية هي التعرف على حالات التمييز، وضمان وصول المساعدة الغذائية لمستحقيها.
- وفر الطعام المناسب والمقبول، وأدوات الطهي التي قد يكون لها مدلول ثقافي خاص (انظر أيضاً المعايير ١ و٢ الخاصة بتخطيط برنامج المساعدة الغذائية في «اسفير»).
- إشراك الآخرين في المعلومات المهمة بطرق مناسبة (انظر صحيفة التدابير ١.٨). وإذا لم يكن المتلقون معتادين على أصناف الطعام، يتم إعطاء توجيهات لإعداده بشكل صحيح.

٥. التعاون مع المرافق الصحية، وهياكل الدعم الأخرى؛ للرجوع إليها:

- استخدم برامج الغذاء، والتغذية؛ كمدخل محتمل للتعرف إلى الأفراد والجماعات، التي تحتاج إلى الدعم الاجتماعي، والنفسي، بصورة ملحة.
- للتعرف إلى الإرشادات الخاصة بتيسير عملية التحفيز للأطفال الصغار في الأزمات الغذائية، انظر مرجع منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٦) في قسم المصادر الرئيسة.
- ضمان أن العاملين في برنامج المساعدات الغذائية والتغذية يعرفون: أين؟ وكيف يحيلون الأشخاص الذين يعانون من محنة اجتماعية، أو نفسية شديدة إلى البرنامج؟
- قم بتوعية السكان المتضررين، والعاملين في برنامج التغذية، بأن النقص في بعض مواد التغذية الدقيقة، قد يؤدي إلى إعاقة النمو المعرفي للأطفال، ونمو الأجنة.

- مساعدة العاملين في برنامج الغذاء والتغذية على فهم المضامين الطبية لسوء التغذية الحاد.
- التعرف إلى المخاطر الصحية، وإحالة الأشخاص المعرضين لخطر سوء التغذية المعتدل أو الحاد، إلى المرافق الطبية المتخصصة (مراكز التغذية التكميلية، أو العلاجية على التوالي) (انظر أيضاً «اسفير» تصحيح معايير سوء التغذية ١ – ٣، وصحيفة التدابير ٤.٥).
- إيلاء انتباه خاص للأمهات الحوامل والمرضعات؛ للوقاية من نقص المغذيات الدقيقة.
- دراسة مدى ملاءمة طرح فكرة مشروع التغذية المدرسية لمواجهة خطر سوء التغذية عند الأطفال (انظر صحيفة التدابير ١.٧).

٦. تحفيز المناقشة المجتمعية لتخطيط الأمن الغذائي البعيد المدى:

نظراً لأن المساعدة الغذائية هي السبيل الوحيد لتعزيز الأمن الغذائي، والتغذية؛ يُراعى الالتفات إلى بدائل مثل:

- التحويلات النقدية المباشرة، والنقد مقابل العمل، وتوفير الأنشطة المدرة للدخل.
- برامج الأمن الغذائي، والمعيشي المجتمعية، التي تقلل من الشعور بالعجز، والاستسلام، وتشرك المجتمع في جهود التعافي الاجتماعي، والاقتصادي.

المصادر الرئيسة

١. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participation and food security'. In: *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp.231-275. http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm

٢. Engle P. (1999). 'The Role of Caring Practices and Resources for Care in Child Survival, Growth, and Development: South and Southeast Asia'. In: *Asian Development Review*, vol. 17 nos. 1, 2, pp.132-167. http://www.adb.org/Documents/Periodicals/ADR/pdf/ADR-Vol17-Engle.pdf

٣. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Action Sheet 6.1: Implement safe food security and nutrition programmes, pp.50-52. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp

٤. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Minimum Standards in Food Security, Nutrition and Food Aid, pp.103-203. Geneva: Sphere Project. http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm
Arabic: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

٥. WHO (2006). *Mental Health And Psychosocial Well-Being Among Children In Severe Food Shortage Situations*. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf

عينة مؤشرات العملية

- تتضمن تقييمات برامج الغذاء والتغذية، وجهود تخطيط البرنامج؛ الأبعاد الاجتماعية و«النفس – اجتماعية».
- تواجد آليات فعالة للإبلاغ عن – وتناول – القضايا الأمنية المرتبطة بالمساعدة الغذائية، والتغذية.
- ارتباط منسقي المساعدة الغذائية بآليات تنسيق نفسي اجتماعي، والقيام بدور فعال في توصيل المعلومات ذات الصلة إلى الأطراف المعنية بهذا المجال.

مثال: أفغانستان، ٢٠٠٢

- أمدت منظمة دولية غير حكومية بالمساعدات الغذائية ١٠,٠٠٠ أرملة متضررة من الحرب، بعضهن كن يعانين من آثار نفسية مثل الاكتئاب، ولم يستطعن أن يؤدين دورهن جيداً، باعتبارهن مسؤلات بمفردهن عن كسب الرزق في عائلاتهن.
- اشتركت هذه المنظمة غير الحكومية مع وكالة أخرى متخصصة في تقديم الاستشارات، وإحالة النساء المتضررات بشدة إلى برنامج الدعم، واستمرت في ضم هؤلاء النساء إلى برنامج المساعدة الغذائية.
- شارك ممثلون عن السكان المتضررين في تخطيط ومراقبة عمليات توزيع الغذاء للمساعدة في إجراء التعديلات التي دعمت كرامة، وهوية السكان المحليين.

صحيفة التدابير ١٠.١

مراعاة اعتبارات اجتماعية، ونفسية معينة، عند تخطيط الموقع وتوفير أماكن الإيواء، وتنسيقها (مثل: توفير المساعدة الآمنة للجميع مع المحافظة على كرامتهم، ومراعاة العادات الثقافية، والاجتماعية)

المهمة: **تخطيط أماكن الإيواء**

المرحلة: **الحد الأدنى للاستجابة**

الخلفية

لا جدال في أن توفير مأوى آمن وكافٍ في حالات الطوارئ يساعد في إنقاذ حياة السكان، ويقلص من معدلات انتشار الأمراض، كما يمكن الناس من العيش بكرامة، دون معاناة من كرب زائد. كما أن مشاركة السكان في القرارات المتعلقة بالتخطيط للمأوى، وأماكن إقامته تقلص من الشعور بالعجز الملاحظ في معسكرات كثيرة، أو مناطق الإيواء، كما تعزز معافاتهم (انظر صحيفة التدابير ١.٥)، وتساعد على ضمان حصول كل أفراد العائلة على مأوى مناسب يراعي الجوانب الثقافية. ولا شك في أن إشراك النساء في تخطيط، وتصميم ملاجئ الطوارئ المؤقتة، يُعد أمراً حيوياً؛ لتوجيه الانتباه للاحتياجات المرتكزة إلى النوع الاجتماعي، وخصوصيته، وحمايته. كما أن مشاركة النازحين تدعم أيضاً الاعتماد على النفس، وتعزز روح الجماعة، وتشجع الإدارة المحلية للمرافق، والبنية الأساسية.

ويجب استكشاف مجموعة خيارات متعلقة بأماكن الإيواء، والمعسكرات في الأزمات. ويمكن للقرارات الأولية الخاصة بموقع، وشكل أماكن الإيواء، بما في ذلك المخيمات المقامة ذاتياً؛ أن يكون لها تأثيرات بعيدة المدى على حماية، وتوصيل المعونات الإنسانية. وبالرغم من أن المخيمات، أو المراكز الجماعية هي غالباً الخيار الوحيد لاستضافة النازحين في بعض المواقف مع العائلات المحلية، التي توفر المأوى والدعم الاجتماعي. ويعتبر هذا خياراً مفيداً، بشرط تعزيز الخدمات المقدمة إلى العائلات المُضيفة.

وقد يكون لتنظيم المواقع، وأماكن الإيواء، تأثير قوي على مستوى السلامة التي يحد منها شدة الازدحام والافتقار التام إلى الخصوصية، والتي تكثر في المخيمات، والأماكن الأخرى. وقد تنشأ مشكلات «نفس – اجتماعية»، ومشكلات متعلقة بالصحة النفسية، عند عزل الأشخاص عن أسرهم، ومجتمعاتهم، أو إجبارهم على العيش وسط أناس لا يعرفونهم أو يتكلمون بلغاتهم، أو يثيرون الخوف، والريبة. ويُعد كبار السن، والنساء غير المتزوجات، وأصحاب الاحتياجات الخاصة، والعائلون من الأطفال؛ من أكثر الفئات تعرضاً للخطر، إذ إنهم في وضع لا يمكنهم من بناء، أو استئجار، أو تأمين أماكن إيواء. وقد تمثل النزاعات التي تنشأ بين النازحين، أو بين النازحين والتجمعات المضيفة حول الموارد النادرة أصلاً، مثل المساحات المتاحة، مشكلات كبيرة. وإن كان التخطيط الجيد قد يساعد على تقليص مثل هذه المشكلات. ويحدد دليل «اسفير» الإرشادات المهمة، والمعايير الكلية الخاصة بأماكن الإيواء والتوطين، في حالات الطوارئ.

التدابير الأساسية

١. استخدام منهجية تشاركية تسمح بمشاركة النساء والمعرضين للخطر، في التقييم، والتخطيط، والتنفيذ:

- القيام بتقييمات تشاركية (انظر صحيفة التدابير ١.٢)، بالتعاون مع مجموعة كبيرة من المتضررين، بمن فيهم المعرضون لمخاطر خاصة. (انظر الفصل الأول).
- تركز التقييمات الأولية على القضايا الأساسية مثل: المتطلبات الثقافية لأماكن الإيواء، وأماكن الطهي، وكيفية توفير وسائل التهوية، في حالة ما إذا كانت هذه الأماكن مغلقة، ومدى أهمية الخصوصية، وقرب الجيران، ومدى قدرة محدودي الحركة، على الوصول إلى أماكن قضاء الحاجة، وحجم الإضاءة المطلوبة، ولا سيما إذا كانت الأنشطة المدرة للدخل، يتم تنفيذها في أماكن مغلقة... إلخ.
- تعّرف إلى أفضل حل لمشكلات الإيواء، بالنسبة لكل شخص في المجتمع، بهدف تقليل الشعور بالحزن، والقلق للسكان.
- نظم عملية الدعم للأشخاص غير القادرين على بناء أماكن إيواء خاصة بهم.

٢. اختيار الأماكن التي توفر الأمن، وتحد من النزاعات مع السكان الدائمين:

- تشاور مع الحكومة المحلية، والمجتمعات المجاورة؛ لضمان كون الأرض ليست مستخدمة بالفعل من قبل المجتمع المحلي لرعي الماشية، أو إنتاج المحصول، وفهم قضايا امتلاك الأراضي الأخرى.
- تأكد من أن عملية تحديد الموقع، واختياره؛ تتضمن مسحاً بيئياً، يحلل قاعدة الموارد الطبيعية في المنطقة. وتوجه إلى سبل إدارة مناسبة للبيئة. وقد يؤدي الفشل في فعل ذلك إلى تدهور بيئي، وشعور بالهم، نابع من نقص الموارد الطبيعية، فيما يتعلق بالمأكل، والمشرب، والطهي. كما يساعد هذا المسح أيضاً على ضمان وصول السكان الدائمين لهذه الموارد دون التعرض للخطر.
- استشر النساء – على وجه الخصوص – بشأن مسألة الخصوصية، والأمن؛ بما في ذلك الحصول الآمن على الموارد المحلية (مثل الحطب) الخاص بالطهي، والتدفئة، وأماكن المراحيض (للاسترشاد: انظر ضوابط التدخل في العنف المرتكز إلى النوع الاجتماعي للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات في الأوضاع الإنسانية). وإذا ما لزم توفير مرافق مركزية للطهي؛ يجب أن تكون قريبة من أماكن الإيواء.
- اختر، وصمم المواقع التي تضمن الوصول الآمن للأفراد إلى الخدمات المجتمعية، (مثل: المرافق الصحية، ومنافذ توزيع الغذاء، ونقاط توافر المياه، والأسواق، والمدارس، وأماكن العبادة، والمراكز المجتمعية، ومصادر الوقود، وأماكن الترفيه، وأماكن التخلص من النفايات الصلبة).

٣. مراعاة إدراج ساحات عامة آمنة، عند تصميم، وإنشاء الموقع:

تجهيز ساحات عامة آمنة توفر الاطمئنان النفسي، وتلبي احتياجات الأنشطة الاجتماعية، والثقافية، والدينية، والتعليمية (انظر صحيفة التدابير ١.٥ و٢.٣)، وبث المعلومات (صحيفة التدابير ١.٧). ويجب أن تشمل هذه المساحات الآمنة مساحات تصلح للأطفال؛ حيث يمكنهم أن يلتقوا، ويلعبوا. (انظر صحيفة التدابير ٤.٥ و١.٧).

٤. إعداد، واستخدام نظام فعال للتوثيق، والتسجيل:

ينبغي أن يتفق كل المختصين على نظام عام للتسجيل، والتوثيق الفردي؛ يساعد مخططي المواقع على تصميم الشكل، ووضع خطط الإيواء؛ مع حماية سرية البيانات. ويجب أن يشمل نظام التوثيق على بند خاص بالبيانات المتفرقة مثل: العمر، والنوع الاجتماعي.

٥. توزيع أماكن الإيواء، وتخصيص الأراضي، دون تمييز:

- ارسم خريطة توضح الاختلافات (المرحلة العمرية، النوع الاجتماعي، الجماعات العرقية... إلخ) للسكان المتضررين؛ لتلبية الاحتياجات الخاصة؛ لكل فئة بطريقة مناسبة.
- تأكد أن توزيع أماكن الإيواء، وتخصيص الأراضي لكل الأسر يتم دون تمييز أو تفضيل، على أساس العرق، أو النوع الاجتماعي، أو اللغة، أو الدين، أو التوجهات السياسية، أو أي آراء أخرى، أو الأصل الوطني، أو الاجتماعي، أو الممتلكات، أو محل الميلاد، أو أي وضع آخر.

٦. مراعاة زيادة الخصوصية، وسهولة الحركة، والدعم الاجتماعي:

- أكد توفير أماكن إيواء تكفي جميع أفراد الأسرة. بما يزيد من الخصوصية، ويدعم إمكان رؤية الأفراد، وسهولة حركة المنتفعين. وفي حال استخدام أماكن إيواء كبيرة في حالات الطوارئ؛ يتم استخدام فواصل داخلية؛ لزيادة الخصوصية، وتقليل الضوضاء.
- تأكد من إمكان تنقل الأفراد بسهولة، عبر أماكن الإيواء الجماعية، أو حول محال إقامة الأُسر، دون خرق لخصوصية الآخرين ، أو خلق فوضى عارمة.
- تجنب تفريق الأشخاص الذين يرغبون في البقاء سوياً مع أسرهم – متى أمكن ذلك – أو إبعادهم عن قراهم أو جماعاتهم الدينية، أو العرقية.

- اعمل على تمكين الأسر التي تمت إعادة لم شملهم من العيش سوياً.
- وفر أماكن خاصة لإيواء الأفراد المنعزلين، والمهشمين، أو الأشخاص الذين يعيشون منفردين نظراً للإعاقة البدنية أو العقلية.

٧. الموازنة بين المرونة والحماية عند تنظيم أماكن الإيواء، وترتيبات المواقع:

- اعلم أن المخيمات ضرورية في بعض المواقف إلا أن الأشخاص النازحين غالباً ما يفضلون العيش مع عائلات مُضيفة في أماكن إقامة بديلة مؤقتة خاصة بهم، أو قد يختارون أحياناً ما يتاح من فنادق أو مباني جماعية.
- اعمل على تمكين الناس من اختيار ترتيبات الإيواء الخاصة بهم قدر الإمكان، وكذلك اختيار جيرانهم وأماكن معيشتهم. ويعد هذا جزءاً من عملية ترتيب سبل المعيشة، وفقاً لأهداف الفرد، وثقافته، وقيمه، مما يعزز استعادة القدرة على التحكم، وفرص كسب الرزق، إذ إن هذه الأمور تدعم المعافاة «النفس – اجتماعية».
- حذر الناس من العيش في ظروف غير آمنة، في حال وجود بدائل أكثر أمناً.

٨. تجنب خلق ثقافة الاعتماد على الغير بين النازحين، وادعم الحلول الدائمة:

- الجأ إلى إقامة مخيمات كبيرة أو شبه دائمة، في حالة الضرورة المطلقة فقط، وتأكد – إذا أمكن – من وجود توازن مناسب بين الأمان، والمسافة التي تفصل الفرد عن بلده الأصلي.
- استخدام مواد بناء متعارف عليها ومتاحة محلياً؛ مما يسمح للعائلات ببناء أماكن الإيواء الخاصة بهم، وتجنب الاعتماد على المساعدات الخارجية؛ مما قد يحول دون تضررهم النفسي.
- تشجيع العودة السريعة، وإعادة توطين النازحين، كحل طويل الأمد، وتوفير الدعم لتلك العائلات، التي ترغب في العودة إلى بلادها الأصلية، والقادرة على ذلك.
- ضمان توفير الخدمات، ليس فقط في المخيمات، بل أيضاً في أماكن العودة.
- تجنب مراعاة ضمان أن الهياكل الاجتماعية المساندة تظل تؤدي وظيفتها.

المصادر الرئيسة

١. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participatory Habitat and Shelter Programmes'. In *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp. 295-314. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf

٢. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Action Sheets 7.1, 7.2, 7.3 on settlement and shelter, pp.53-60. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
Arabic: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20Arabic.pdf

٣. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Minimum Standards in Shelter, Settlement and Non-Food Items, pp.203-249. Geneva: Sphere Project. http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm
Arabic: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

٤. UN Habitat (2003). Toolkit for Mainstreaming Gender in UN-Habitat Field Programmes. http://www.unhabitat.org/downloads/docs/1267_94527_Iraq_Gender.pdf

٥. UNHCR Handbook for Emergencies (2000). Chapter 1. http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.pdf?tbl=PUBL&id=3bb2fa26b

٦. UNHCR Environmental Guidelines (2005). www.unhcr.org/environment

٧. UNHCR Tool for Participatory Assessment in Operations (2006). http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.html?tbl=PUBL&id=450e963f2

٨. Women's Commission on Refugee Women and Children (2006). 'Beyond firewood: Fuel alternatives and protection strategies for displaced women and girls'. http://www.womenscommission.org/pdf/fuel.pdf

عينة مؤشرات العملية

- مشاركة الأفراد المحليين، ولاسيما: النساء، في تصميم، واختيار أماكن الإيواء، ومواد البناء المستخدمة.
- تلقي غير القادرين على بناء أماكن إيواء خاصة بهم، دعماً لبناء أماكن الإيواء.
- تنظيم مكان الإيواء بأسلوب يزيد الخصوصية، ويقلل من شدة الازدحام.

مثال: ليبريا، ٢٠٠٤، وتيمور الشرقية، ٢٠٠٦

- في تيمور الشرقية (٢٠٠٦)، وليبريا (٢٠٠٤)، وعمليات طوارئ أخرى، تم توفير قدر أكبر من الخصوصية للنازحين عن طريق تجميع ما بين ١٠ إلى ٢٠ أسرة في أماكن إيواء على شكل حرف U حول منطقة عامة.
- لدعم الخصوصية؛ يراعى عند تصميم أماكن الإيواء أن تميل كل منها عن الأخرى بزاوية بحيث لا يواجه الباب الأمامي لمأوى ما، الباب الأمامي لمكان إيواء آخر. ويطل باب كل مأوى على الساحة العامة، التي يشترك أفراد المجتمع في تنظيفها. وتشمل هذه المناطق أماكن للطهي، والترفيه، وأشجار؛ لتوفير الظل، والحماية البيئية. ولم يحجب أي مكان للإيواء الرؤية المباشرة لمكان إيواء آخر.
- يحظى كل مكان إيواء بفناء خاص يستخدم للتخزين، والغسيل، والطهي، والزراعة. أما بالنسبة لنقاط توفير المياه والمراحيض، فيُراعى قربها، وسهولة رؤيتها من الساحة العامة؛ لمنع العنف المرتكز إلى النوع الاجتماعي.

صحيفة التدابير ١.١١

مراعاة اعتبارات اجتماعية معينة عند توفير المياه، والإصحاح: (مثل توفير المساعدة الآمنة، والملاءمة ثقافياً للجميع، مع المحافظة على كرامتهم)

المهمة: المياه، والإصحاح

المرحلة: الحد الأدنى للاستجابة

الخلفية

في حالات الطوارئ: يُعد توفير فرص الحصول على ماء شرب نظيف، ومرافق إصحاح، ونظافة عامة آمنة، وملائمة ثقافياً؛ من الأولويات المهمة؛ ليس فقط لاستمرار الحياة، بل أيضاً للحفاظ على الشعور بالكرامة. فالأسلوب المتبع في تقديم المساعدات الإنسانية يؤثر على السكان المتضررين. كما يساعد إشراك الأفراد المحليين من خلال نهج تشاركي؛ علي بناء روح الترابط الاجتماعي، وتمكينهم من استعادة الشعور بالتحكم في مُقدراتهم.

وقد يحدد أسلوب تقديم دعم خدمات المياه، والمرافق الصحية، مدى تحسن أو سوء الصحة العقلية، والمعافاة «النفس – اجتماعية». وفي بعض حالات الطوارئ كانت المراحيض سيئة الإضاءة، وغير مغلقة، وتمثل أماكن لممارسة العنف المبني على النوع الاجتماعي بما في ذلك الاغتصاب. وفي حالات طوارئ أخرى كان النزاع قرب مصادر المياه سبباً للشعور بالضيق. فقد يعزي الشعور بالتوتر إزاء أماكن توفير المياه والمرافق الصحية إلى أصول ثقافية، ففي أفغانستان – على سبيل المثال – ذكرت النساء أن عدم وجود مراحيض منفصلة للنساء يمثل مشكلة كبيرة؛ إذ إن كشف أي جزء من أجسادهن يعد أمراً يستلزم العقاب، وقد يلطخ سمعة عائلاتهن، ويخل بشرفهن!

ويحدد دليل «اسفير» المعايير الكلية الخاصة بالمياه، والمرافق الصحية، في حالات الطوارئ. كما توفر التدابير الأساسية، المذكورة لاحقاً أدناه، إرشادات حول الاعتبارات الاجتماعية المناسبة، للعمل للوصول لهذه المعايير.

التدابير الأساسية

١. اشتمال التقييمات الخاصة بتعزيز الإصحاح، والنظافة الشخصية، على عناصر اجتماعية، وثقافية:

في بلدان كثيرة: قد تؤثر الأعراف، والمحظورات الثقافية الصارمة، على استخدام المراحيض، والتخلص من الفضلات البشرية. وقد يؤدي إغفال الأعراف الثقافية إلى إنشاء مراحيض، أو نقاط للحصول على المياه، لا يمكن استخدامها. وفي بعض الحالات لا يتم استخدام المراحيض؛ لأنها قد تكون قد اُستخدمت من قبل للتخلص من الجثث. ومن ثم فإن الاعتناء بمراعاة الأعراف الاجتماعية، والثقافية، يساعد على تقليل الشعور بالهم الناجم عن التكيف مع ظروف محيطة غير معتادة، ومع طرق مختلفة لتأدية الوظائف اليومية. ولهذه الأسباب لا ينبغي

فقط أن تكون لفرق التقييم خبرة تقنية أساسية حول المرافق الصحية، بل ينبغي أيضاً أن يكونوا على دراية بالجوانب النفسية، والاجتماعية الخاصة بالاستجابة لحالات الطوارئ.

٢. إشراك الأفراد، ولاسيما النساء، والفئات الأكثر تعرضاً للخطر، في عملية التقييم، والتخطيط، والتنفيذ:

- إشراك السكان المتضررين، ولا سيما النساء، وذوي الاحتياجات الخاصة، وكبار السن في القرارات الخاصة بتحديد مواقع، وتصميم المراحيض، ونقاط الحصول على المياه، وأماكن الاستحمام – إذا أمكن – وقد لا يتسنى فعل ذلك دائماً نظراً لضرورة توفير هذه المرافق على وجه السرعة، إلا أن التشاور مع أفراد المجتمع يجب أن يكون هو القاعدة وليس الاستثناء.
- إنشاء مجلس للإشراف على العمل الخاص بالمياه، والمرافق الصحية. ومن الوسائل المفيدة للقيام بهذا تيسير تشكيل لجان المياه، متوازنة من حيث النوع الاجتماعي، وتتكون من أشخاص محليين يختارهم المجتمع، وتتضمن ممثلين لمختلف الجماعات الفرعية للمتضررين.
- تشجيع لجان المياه لكي: (أ) تعمل استباقا لتوفير خدمات المياه، والمرافق الصحية، بطريقة تحافظ على كرامة الأفراد. (ب) تقليص الاعتماد على وكالات الإغاثة. (ج) خلق إحساس بالملكية يؤدي إلى الاستخدام الملائم للمرافق وصيانتها، مع التفكير في إمكان منح حوافز للجان المياه، وفرض رسوم على الاستخدام، والانتباه لميزات، ومساوئ هاتين النقطتين، ولضرورة تقييمهما في إطار السياق المحلي.

٣. دعم الأمان، والحماية، في كل الأنشطة الخاصة بالمياه، والمرافق الصحية:

- ضمان توافر نقاط الحصول على المياه، بما يكفي، بحيث تكون قريبة، وفي متناول كل المنازل، بما فيها منازل المستضعفين، مثل الأفراد الذين يواجهون صعوبة في التحرك.
- تقليل أوقات الانتظار، قدر الإمكان، لعدم الإضرار بالأنشطة الأساسية مثل: ذهاب الأطفال إلى المدارس.
- ضمان أن كل المراحيض، وأماكن الاستحمام: آمنة، وجيدة الإضاءة – قدر الإمكان – وكذلك توفير حراسة من الرجال، والنساء. فتوفير المصابيح أو أي إضاءة يُعتبر وسائل بسيطة للارتقاء بالأمن.
- ضمان أن المراحيض، وأماكن الاستحمام، أماكن خاصة، ومقبولة ثقافياً، وكذلك تغطية الآبار كي لا تمثل خطراً بالنسبة للأطفال.

٤. منع النزاعات، أوإدارتها، بطريقة بناءة:

- عند تدفق النازحين: يتم اتخاذ خطوات؛ لتجنب إنقاص مصادر المياه المتاحة للمجتمعات المُضيفة، ولتجنب الضغط الشديد على الموارد؛ مما يسبب التوتر.
- منع النزاعات عند أماكن المياه، عن طريق مطالبة لجان المياه، أو مجموعات المجتمع الأخرى، بإعداد نظام لمنع وإدارة النزاعات، عن طريق تناوب أوقات الحصول على المياه بين الأسر مثلاً.
- العمل على تقليص النزاعات بين الجماعات المتجاورة، أو بين النازحين والمقيمين الدائمين، عن طريق تشجيعهم على التعاون، لإنشاء بئر عامة.

٥. تعزيز النظافة الشخصية، والمجتمعية:

- وفر فرصاً لحصول النساء على فوّط صحية، أو مواد أخرى، لهذا الغرض، نظراً لأن نقصها يؤدي إلى شعورهن بالتوتر، وكذلك توفير مساحات مناسبة لغسلها، وتجفيفها. واستشر النساء حول حاجتهن لأماكن خاصة لغسل الفوط الصحية، وتوفير المساعدة الفنية لتصميم هذه الأماكن. وفي الأماكن التي لا تسمح مصادر المياه بها، بغسل هذه المناشف؛ يجب توفير مواد صحية بديلة (للإرشادات: انظر صحيفة التدابير ٤.٧ بضوابط التدخل في العنف المبني على الجنس في الأوضاع الإنسانية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات).
- شجع حملات النظافة الجماعية، والتواصل الجماعي، حول النظافة الشخصية الأساسية.
- قم بتوزيع الصابون، ومواد التنظيف الأخرى، وفقاً للنصائح التي تقدمها النساء، والرجال، والأطفال، ومن بينهم المعاقون، وكبار السن.
- ابدأ أنشطة بين الأطفال خاصة بالمياه، والمرافق الصحية، بحيث تكون أنشطة تفاعلية، ومرحة، مثل غسل الأيدي الجماعي قبل الوجبات. ويمكن القيام بهذه الأنشطة في المدارس أو الساحات الصالحة للأطفال في حالة توافرها.

٦. تيسير الرقابة المجتمعية، والوقوف على آراء أفراد المجتمع، حول مرافق المياه، والمرافق الصحية:

- مكّن المجتمع من الرقابة المجتمعية؛ لتحقيق الأمان، والتعرف إلى هموم المجتمع، والاستجابة لها. وكذلك ضمان وجود آلية للوقوف على آراء المنتفعين، وإبلاغ لجنة المياه، أو الوكالات المختصة بأنشطة المياه، والمرافق الصحية بالمشكلات، والهموم التي يعانيها الناس. ويمكن استخدام نفس الآلية لإطلاع السكان المتضررين على المرافق، والخدمات، التي يمكنهم توقعها.

- راقب نظافة، وصيانة المواقع، والمرافق، لأن وجود مرافق نظيفة، يساعد على الحفاظ على كرامة المنتفعين.
- اسأل المتضررين، بمن فيهم الأطفال والمعرضون للخطر، (انظر فصل ١)، عن تصوراتهم لتوافر وجودة الدعم الخاص بالمياه، والمرافق الصحية، وكذلك همومهم، واقتراحاتهم.

المصادر الرئيسة

١. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participation and water/sanitation programmes'. In: *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp.275-294. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf

٢. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Action Sheet 7.4: Provide sanitary materials to women and girls, p.61. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp Arabic: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20Arabic.pdf

٣. Jones H. and Reed B. (2005). *Access to Water and Sanitation for Disabled People and Other Vulnerable Groups*. http://wedc.lboro.ac.uk/publications/details.php?book=1%2084380%20079%209

٤. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Minimum Standards in Water, Sanitation and Hygiene Promotion, pp.51-102. Geneva: Sphere Project. http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm Arabic: http://www.sphereproject.org/arabic2004/hdbkpdf/full-book.pdf

٥. UNHCR. (2000). *Handbook for Emergencies*. http://www.unhcr.org/publ/PUBL/3bb2fa26b.pdf

٦. University of Wisconsin, Emergency Settlement Project (1996). *Topic 14 – Environmental Health: Water, Sanitation, Hygiene, and Vector Management*. http://dmc.engr.wisc.edu/es96/Environhealth.html

عينة مؤشرات العملية

- في اللقاءات الشهرية لمجموعات النقاش المركزة، عبّر أكثر من ثلثي النساء عن رضائهن عن مستوى الأمان والخصوصية، في المرافق الصحية المتوافرة.
- تواجد لجان المياه، التي تضم الرجال والنساء، وتعقد اجتماعات بصفة دورية.
- عدم الإبلاغ عن النزاع بين المجتمعات المُضيفة النازحة.

مثال: باكستان، ٢٠٠٥

- في خلال مواجهة آثار الزلزال المدمر الذي عصف بباكستان في المنطقة الحدودية الشمالية الغربية في ٢٠٠٥، قامت منظمة غير حكومية دولية، ببناء مناطق مغطاة خاصة للنساء، بحيث يمكنهن الذهاب للمراحيض والاستحمام، ورعاية الأطفال، وتوفير الملابس، والمناشف الصحية، دون أن يراهن أي دخيل.
- مكنت هذه المساحات النساء من الالتقاء، والتحدث في بيئة آمنة، تأخذ في الاعتبار الأعراف الثقافية.
- ذكرت النساء أن هذا قلص بشكل كبير من حدة التوتر والقلق الناجمين عن العيش في مخيمات النازحين.



تعكس الضوابط الإرشادية لدعم الصحة العقلية والمعافاة النفس – اجتماعية في حالات الطوارئ، أراء العديد من الوكالات والممارسين عبر العالم وتقدم معلومات قيمة للمنظمات والإفراد عن كيفية الاستجابة المناسبة أثناء الكوارث الإنسانية.

تقد م صحائف التدابير ضوابط مفيدة لدعم الصحة العقلية والمعافاة النفس – اجتماعية تغطي الجوانب التالية:

- التنسيق
- التقييم الأولي، المتابعة وتقييم النتائج
- الحماية ومعايير حقوق الإنسان
- الموارد البشرية
- دعم وتعبئة المجتمع
- الخدمات الصحية
- التعليم
- نشر المعلومات
- الأمن الغذائي والتغذية
- المأوى وتخطيط الموقع
- المياه والإصحاح

تحتوي الضوابط على مصفوفة تحوي إرشادات للتخطيط لحالات الطوارئ، والخطوات التي ينبغي اتخاذها في المراحل المبكرة من للطوارئ واستجابات شاملة يجب تنفيذها أثناء مرحلة التعافي والاستقرار. وتعتبر المصفوفة أداة قيمة للتنسيق والتعاون والمناصرة. حيث تقدم إطار عمل لرسم الحد اللازم للاستجابة الأولية اللازمة أثناء الطوارئ.

تحتوي الضوابط الإرشادية على قرص مدمج CD-ROM، يحوي نسخة الكترونية من الضوابط وبعض المراجع الأساسية في الموضوع.

طبع بمعرفة اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC)، لتعطي الفاعلين الإنسانيين، إرشادات وأدوات متعددة الجوانب للاستجابة بفاعلية في خضم حالة الطوارئ.

ISBN 9781-4243-3447-6